

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
UNAN- MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud

“Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Seminario de Graduación para optar al Título de Licenciatura Enfermería Materno Infantil

Tema: Salud de la Mujer

Sub Tema: Cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal e interpretación y seguimiento de factores de riesgo de gestantes atendidas por el personal de salud Centro de Salud Francisco Morazán I trimestre 2019.

Autoras:

Bra. Yobelkys Yaritza Díaz

Bra. Jérémy de los Ángeles Guevara López.

Bra. Scarleth del Socorro Ferrufino Guevara.

Tutora:

Msc. Sandra Reyes Álvarez

Managua, Marzo 2019

Agradecimiento

Le agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidades y por brindarnos sabiduría y una vida llena de aprendizaje, experiencia y sobre todo felicidad.

Le damos gracias a nuestros padres por apoyarnos en todo momento, por habernos inculcado valores y por habernos dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestra vida, sobre todo por ser un ejemplo a seguir.

“Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestra vida. Algunas están aquí con nosotras y otras en nuestros recuerdos y corazones, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de nosotras, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones”.

Le agradecemos la confianza, apoyo y dedicación a nuestros docentes por transmitirnos todos los conocimientos para ser profesionales de la salud completamente capacitados.

A nuestra tutora Msc. Sandra Reyes Álvarez por su orientación, apoyo incondicional, paciencia y disponibilidad en la elaboración y conclusión de nuestro trabajo

Gracias al personal de salud del Centro de Salud Francisco Morazán, por habernos brindado la oportunidad de desarrollar nuestro seminario de graduación, por el apoyo y las facilidades que nos fueron otorgados por respectivo personal.

Scarleth del Socorro Ferrufino Guevara

Yobelkys Yaritza Díaz

Agradecimiento

Agradezco primeramente a Dios por darme la vida, sabiduría, por protegerme a lo largo de estos cinco años, por darme la oportunidad de poder culminar el presente trabajo y la carrera.

A mi madre que ha sido mi inspiración para prepararme y salir adelante, por sus oraciones por haber puesto su confianza en mí, y amarme con tanta ternura y devoción, esforzándose para darme siempre lo mejor.

Mamá llegó el tiempo de la cosecha y tus peticiones han sido concedidas.

A mi esposo por formar parte especial en mi vida y ser mi anhelo de superación, por ser ayuda idónea y ayudarme a alcanzar un triunfo más porque los dos somos uno y mis logros son tuyos.

A mi tutora Msc. Sandra Reyes Álvarez por haberme brindado su apoyo incondicional y haber compartido sus conocimientos que fueron de mucha ayuda para la conclusión de mi trabajo.

Jérémy de los Ángeles Guevara López.

Dedicatoria

A Dios por cada una de las bendiciones recibidas, por habernos guiado por el buen camino, darnos, fuerzas y sabiduría para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentaban.

A nuestros padres porque fueron nuestra inspiración y motor de aliento para seguir adelante, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, por ayudarnos con los recursos necesarios para nuestros estudios y por habernos dado todo lo que somos como persona valores, principios, carácter, perseverancia y coraje para conseguir nuestros objetivos.

Resumen

El llenado de la Historia Clínica Perinatal se realiza con el objetivo de prevenir, detectar, solucionar o anular riesgos presentes en la embarazada. El estudio tuvo un enfoque, cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Su universo fue de 300 expedientes clínicos en la que se utilizó la fórmula Mouch Galindo, obteniendo una muestra de 168 expedientes clínicos y 6 unidades de análisis, cumpliendo con los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados fueron encuesta y revisión documental; la información se tabuló por medio del programa Microsoft Excel 2013, realizando tablas, gráficos y análisis de los datos. Este estudio se realizó en el Centro de Salud Francisco Morazán, Managua, durante el primer semestre 2019; obteniendo como resultado que existe un predominio dentro de las características sociodemográficas en nivel de profesionalización en donde su mayoría es personal médico general que está llenando la HCP con mayor prevalencia entre las edades de 25 a 35 años. De las actividades básicas del llenado de los segmentos que componen la HCP se encontró que en el llenado de los datos patronímicos lo hacen correctamente, excepto en nombre, apellido y procedencia; en los antecedentes familiares, personales y obstétricos, se está llenando incorrectamente; en el llenado de la gestación actual el personal de salud lo están realizando correctamente, hay un llenado incorrecto de las vacunas y exámenes de laboratorios, En el llenado de la atención prenatal se está realizando correctamente, sin embargo están realizando incorrectamente en exámenes, tratamientos y signos de alarma, las patologías que se presentaron en el I trimestre fueron: Infección vaginal, Infección de las Vías Urinarias e Hiperémesis Gravídica, en el II y III trimestre la mayoría no presentaron factores de riesgo. Según factores de riesgos el personal de salud brindó seguimiento por cada trimestre.

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL, FACTORES DE RIESGO, SEGUIMIENTO

Contenido

Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	5
Planteamiento del problema	6
Preguntas Directrices	7
Objetivos.....	8
Diseño metodológico.....	9
Operacionalización de variables.....	17
Desarrollo del subtema	21
I. Características socio demográficas	21
II. Llenado de Historia Clínica Perinatal.	23
1. Objetivos de la Historia Clínica Perinatal	24
2. Significado de la Historia Clínica Perinatal.....	24
III. Factores de riesgos.....	46
D. Factores de riesgo por trimestres:.....	48
1. I trimestre:	48
2. II Y III trimestre	51
IV. Seguimiento de factores de riesgo.....	55
Análisis y descripción de los resultados	62
Conclusiones	78
Recomendaciones	79
Bibliografía	80

Introducción

La Historia Clínica Perinatal, forma parte de los componentes del Sistema Informático Perinatal (SIP), el cual junto con el Carné Perinatal son instrumentos diseñados para fortalecer la calidad de la atención materno-infantil, mediante la organización de los servicios.

La atención de la mayoría de los embarazos, partos y recién nacidos se realiza con cuidados primarios. En los países que poseen un sistema de salud organizado esta atención se resuelve con éxito, pero en aquellos que carecen de organización y recursos, es frecuente comprobar que la atención que se brinda no es la más apropiada. Esto se debe a que quedan en el nivel primario, e incluso fuera del sistema formal de atención, madres y niños de alto riesgo sin los cuidados necesarios, ya sea por incapacidad de reconocerlos, de referirlos o de ser absorbidos por el siguiente nivel de competencia.

Dicho lo anterior, los sistemas de información deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de estos compromisos además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder.

Por tal razón se elaboró este estudio investigativo sobre el cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal e interpretación y seguimiento de los factores de riesgo de gestantes atendidas por el personal de salud en el Centro de Salud Francisco Morazán, en el que se tomó en cuenta el Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal, el cual se deriva de la Normativa 0-11 Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo; y tiene como objetivo garantizar la estandarización del llenado adecuado de la Historia Clínica Perinatal.

Antecedentes

Internacionales

Según Morelli (2007) realizó un estudio sobre el “Análisis de Registros, Calidad de los Datos y Propuesta de Mejoramiento de la Historia Clínica Perinatal en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo. Santiago del Estero Año 2005” Objetivo Perfeccionar el llenado de la Historia Clínica Perinatal a fin de mejorar la calidad de las prestaciones futuras. Se considera población y muestra todas las Historias Clínicas Perinatales pertenecientes a pacientes atendidas en el Servicio Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Teniendo como conclusiones y recomendaciones que se detectó un elevado porcentaje de falta de datos (20.3%), sobre todo en los referidos al recién nacido (31.8%) y al egreso del mismo (40.5%), lo que hace recaer la responsabilidad en los profesionales de neonatología. Se deben promover acciones tendientes a mejorar la captación de datos en la Historia Clínica Perinatal (HCP). Definir a los Responsables del llenado de la HCP dentro de las instituciones y capacitarlos mediante Talleres de llenado de la HCP.

Nacionales

El Ministerio de Salud de Nicaragua cuenta con una experiencia acumulada a partir de 1990 al introducir las tecnologías perinatales iniciando con la HCPB y el carnet perinatal, para la presente década. En el 2000-2001 El CLAP/SMR inicia la implementación del proyecto Red de Centros Asociados al Centro Latino Americano de Perinatología e integró a esta Red al Hospital Bertha Calderón, y fue avanzando y fortaleciendo el Sistema de Información Perinatal.

Según MINSA (2013) Nicaragua adoptó la Historia Clínica Perinatal (HCP) desde hace más de 20 años, realizando su primera actualización en el año 2004 y la última en el año 2011 denominándole a partir de este año Historia Clínica Perinatal (HCPS), la cual está vigente; y en ella se incluyeron las variables necesarias para garantizar un abordaje integral con las mejores intervenciones basadas en evidencia para la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Zerón & Sánchez (2015) realizaron un estudio sobre “Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay en el periodo de

Enero a Junio del año 2015” El presente estudio tiene como objetivo evaluar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal. Constituye un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. El universo fue constituido por 1,064 embarazadas activas en el sistema de salud durante el periodo de estudio, la muestra correspondió a 69 historias clínicas perinatales de embarazadas activas, se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio sistemático.

Los resultados más llamativos están el bajo cumplimiento de las 13 actividades registradas en la HCP con apenas un 23%. Entre otros registros de bajo porcentaje están la Curva de Incremento de peso materno 49%, la curva de altura uterina 45%, la Consejería de Lactancia Materna 54%, la preparación del parto 35%.

Gaitán (2016) realiza un estudio sobre el “Cumplimiento en el registro de la historia clínica perinatal de las gestantes de la empresa medica previsional en la consulta externa del hospital escuela Carlos Roberto Huembes, primer semestre del 2015” el objetivo propuesto es evaluar el registro de la Historia Clínica Perinatal en el primer control de las gestantes usuarias de la empresa Médica previsional. De los expedientes de las pacientes embarazadas ingresadas en el programa de atención prenatal se obtuvo una muestra de 155 historias clínicas perinatales. En los resultados: del estudio se revisaron 16 criterios de varios segmentos de la historia clínica perinatal, 9 de estos cumplieron con el llenado correcto, para un total de Historias clínicas perinatales con datos completos de un 56.25% y una ausencia de registros de un 47.75% con datos incompletos.

Se recomienda realizar talleres de llenado y carga de Historia Clínica Perinatal al momento de las incorporaciones de nuevos residentes en el servicio. A nivel de postgrados se debería evaluar este ítem en las residencias de ginecología y obstetricia. Evaluaciones periódicas de control de llenado de las Historias Clínica Perinatal en la consulta externa de la Empresa Médica Previsional y socializar los resultados de los análisis obtenidos, y a la empresa medica previsional: realizar Monitoreo y supervisión periódica a lo interno al personal que atiende a las usuarias.

Hernández , Romero, & Rosales (2015) realizaron un estudio del “Cumplimiento de llenado de las hojas de historias clínica perinatal (HPC) de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el I Semestre 2012 y 2013” El objetivo del presente trabajo fue evaluar el cumplimiento del llenado de las Hojas de la Historia Clínica Perinatal (HCP) de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua en el I semestre del año 2012 y el I semestre del año 2013. El universo y la muestra lo constituyen 10,093 mujeres embarazadas del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de estudio (5,134 en el primer semestre del 2012 y 4, 959 en el primer semestre del 2013) Los resultados: durante el 1er semestre de 2012 de 5134 HCP de 8 variables 3 clasifican con un buen llenado, 2 regular y 3 malas, donde la variable más llenada en este periodo fue datos del puerperio con 98.2% y la menos llenada fue gestación actual 42.6%, para el primer semestre de 2013 de 4959 HCP de las 8 variables 3 clasifican como buenas, 4 regular y 1 malas, donde la variable más llenada fue igualmente puerperio con 98.6% y la menos llenada fue igualmente gestación actual con 68.7%. Se recomendó instar al personal de salud a llenar completamente y a su debido momento la HCP, como estrategia importante para la posterior toma de decisiones de los otros facultativos que forman parte del equipo de salud.

Justificación

La Historia Clínica Perinatal es una herramienta útil, dinámica y ágil, dirigida al personal de salud que presta servicios a la población y enfocada para el proceso de atención a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Con esta herramienta se pretende que el personal de salud tomador de decisión, cuente con información actualizada y de calidad que le permitan realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada.

Es considerado gran importancia el estudio sobre la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal ya que nos permitirá conocer cuál es la atención que brinda el personal de salud a las embarazadas que acuden a la unidad de salud por lo que es necesario evaluar la historia clínica prenatal con el objeto de determinar si se está registrando correctamente el cumplimiento de la norma y la calidad de la atención prenatal a fin de mejorar la atención en salud particularmente en lo que representa a las mujeres embarazadas y que los resultados obtenidos de este estudio sirvan para corregir deficiencias en el llenado de la hoja perinatal.

Se eligió este tema con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, ya que de manera directa serán beneficiado el personal que brinda atención prenatal y los futuros profesionales dando una perspectiva sobre cuáles son las actividades que se deben realizar cumpliendo el llenado según norma, mientras que de forma indirecta serán beneficiado las mujeres gestantes que asisten a la unidad de salud

Planteamiento del problema

Nicaragua ha reducido considerablemente su tasa de mortalidad materna, gracias a un mayor acceso a los sistemas de salud y a programas específicos de brindar apoyo médico a mujeres embarazadas que viven en zonas rurales alejadas de las ciudades, como la estrategia del Plan Parto, Egresos de Casas Maternas, incremento en la cobertura de captación precoz para recibir atención prenatal y cuartos APN, parto asistido, puerperio (Mediato y Tardío)

En Nicaragua, el Ministerio de Salud registró que en el 2006 fallecieron 93 mujeres por cada 100,000 niños y en el 2011 fueron 59; en el 2016 fueron 38 mujeres por cada 100,000 niños es decir han reducido la cantidad considerablemente de 93 por 100,000 niños a 38 por 100,000; es por esto que se trabaja en la prevención y promoción de la salud integral de la mujer con el fin de erradicar los posibles factores de riesgo y complicaciones que se pueden presentar durante todo el proceso del embarazo, creando protocolos para guiar al personal de salud, y así brindar una mayor atención con calidad y calidez. Sin embargo, en los dos últimos años se ha registrado un incremento, en el cual en el año 2017 fallecieron 48 mujeres y en el año 2018 47, es decir se ha mantenido esta cifra.

Es fundamental dar seguimiento al cumplimiento de la Historia Clínica Perinatal según norma para mejorar y prevenir complicaciones a corto y largo plazo en la mujer embarazada, por lo que se decidió realizar este estudio para evaluar el cumplimiento y determinar si están brindando seguimiento en relación a los factores de riesgos encontrados mediante este documento. Por lo antes mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es el cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal e interpretación y seguimiento de factores de riesgos de las gestantes atendidas por el personal de salud en el Centro de Salud Francisco Morazán I trimestre 2019?

Preguntas Directrices

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas del personal de salud que atiende embarazadas?
2. ¿Cómo es el llenado de los segmentos de la Historia Clínica Perinatal por parte del personal de salud?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgos presentes en embarazadas?
4. ¿Cuál es el seguimiento de las embarazadas según factores de riesgos encontrados?

Objetivos

Objetivo general:

Valorar el cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal e interpretación y seguimiento de factores de riesgo de gestantes atendidas por el personal de salud Centro de Salud Francisco Morazán I trimestre 2019.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características socio demográficas del personal de salud que atiende embarazadas.
2. Analizar el llenado de los segmentos de la Historia Clínica Perinatal por parte del personal de salud.
3. Analizar la interpretación de los factores de riesgos presentes en embarazadas.
4. Identificar el seguimiento brindado a las embarazadas con factores de riesgos.

Diseño metodológico

Es el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación o responder al planteamiento. Según Piura López (2008) dice: “el diseño metodológico deberá cumplir con los requerimientos técnicos metodológicos que evite la exposición de personas a un riesgo innecesarios” (p.240). En este estudio se pretendió recolectar información sobre el cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal e interpretación y seguimiento de factores de riesgos de las gestantes atendidas, con el fin de conocer habilidades y conocimientos que tiene el personal de salud al brindar una atención con calidad y calidez y así dar intervenciones oportunas.

1. Tipo de estudio

a. Enfoque cuantitativo

Se trabaja fundamentalmente con el número y datos cuantificables. Hernández, Fernández, & Baptista (2003) afirma: “usa la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamientos y probar teorías” (p.6).

Se utilizó este enfoque debido a que permitió analizar la información obtenida de una perspectiva real y objetiva donde se utilizó datos de los expedientes clínicos. Siendo cuantitativo porque cada una de las variables en estudio se le asignó un valor con las cuales se obtuvieron datos numéricos y cuantificables.

b. Corte transversal

Estudia las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo; el tiempo no es importante en relación como se dan los fenómenos.

Es de corte trasversal ya que nos permitió analizar el cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal e interpretación y seguimiento de factores de riesgos de las gestantes atendidas por parte del personal de salud durante el I semestre del año 2019.

c. Retrospectivo

Se utilizó este tipo de estudio ya que se hizo revisión de expedientes clínicos de gestantes que fueron atendidas por el personal de salud durante los años comprendidos del 2014 al 2018.

d. Descriptivo

El estudio descriptivo pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. Según Hernández, Fernández, & Baptista, (2003) afirma que “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analiza” (p.119). Con este estudio se describieron los datos que se recolectaron por medio de instrumentos lo que nos permitió mostrar mediante el análisis de los datos, como se manifiestan los eventos y hechos del llenado de la Historia Clínica Perinatal por parte del personal de salud.

2. Unidad de análisis

Según Hernández, Fernández, & Baptista (2003) afirma que: “ se denomina cosa o elemento, donde se habla donde y a quienes se van a recolectar datos” (p.236). Los expedientes clínicos donde se revisó la hoja de la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que fueron atendidas por el personal de salud en periodos comprendidos del año 2014 al 2018.

3. **Área de estudio:** Es el lugar donde se realizó dicha investigación, Según Canales, Alvarado, & Pineda (1994) afirma que: “Es la descripción del área donde se va a realizar la investigación” (p.98).

- a. **Macro localización:** El Centro de Salud Policlínico Francisco Morazán está ubicado en el distrito II de Managua, de los semáforos de Linda Vista, 2c al lago, 2 c al Este.

Los servicios que brinda el centro son: Admisión, Dirección, Recursos humanos, Docencia, Emergencia, URO, Febriles, Laboratorios, Farmacia, Consulta Externa, Ginecología, Nutrición, Programa de Tuberculosis, VIH Y Clínica de Medicina Natural.

- b. **Micro localización:** El lugar donde se realizó la revisión de expedientes clínicos es en el área de admisión, en donde se encuentra la admisionista quien nos facilitó los documentos.

4. Universo

Es el total del grupo de elementos el cual se utiliza para realizar la investigación, que según Valinda & Cruz Picon (2000) afirma “que es el conjunto de individuo que componen esa

población y para los cuales serán válidos los resultado y conclusiones de nuestro trabajo” (p.41). Nuestro universo estuvo compuesto por 300 expedientes clínicos en el cual aplicamos la fórmula de Mouch Galindo.

5. Muestra (fórmula)

Según Pineda & Alvarado (2008) afirma que: “es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevara a cabo la investigación con el fin posterior de generalizar los hallazgos al todo” (p.121).

Para calcular la muestra se utilizó la fórmula para, cálculo de la muestra en poblaciones finitas y estuvo determinada mediante el método aleatorio simple, donde se escogió el número de expediente clínico que correspondió en el periodo de estudio. Para identificar la muestra se utilizó la fórmula de Mouch Galindo.

Donde:

- N = Total de la población
- Z= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- e = es el error de estimación aceptable para la investigación entre el 1% y 10% (5% (0.05) de error máximo).

$$N = \frac{Z^2 * P * q * N}{N * e^2 + Z^2 * P * q}$$

$$N = \frac{(1.96)^2 * (0.5) * (0.5) * (300)}{(300) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$N = \frac{(3.84) * (75)}{(300) * (0.0025) + (3.84) * (0.25)}$$

$$N = \frac{288}{(0.75) + (0.96)} = \frac{288}{1.71} = R: 168 \text{ expedientes}$$

Según nuestra muestra se recolectará la información de 168 expedientes clínicos.

6. Muestreo

Según Valinda & Cruz picon (2004) dicen que Pardinás considera que el muestreo consiste en seguir un método, un procedimiento tal que al escoger un grupo pequeño de una población podamos tener un grado de probabilidad de que ese pequeño grupo efectivamente posee las características del universo y de la población que estamos estudiando. (p.48)

Es una parte del universo en donde son obtenidas haciendo uso al azar para que todo el universo tenga la misma probabilidad de ser incluido.

a. Muestra probabilística

Según Hernández, R.; Collado, C.; & Baptista, P. (2010) afirman que “es subgrupo de la población en el que todos los elementos de esta tienen la misma probabilidad de ser elegido” (p.305).

Es probabilístico ya que se realizaron por medio del método aleatorio simple porque cumple con los criterios para ser posible la obtención de los resultados del estudio

Criterios de inclusión

- Expedientes clínicos que pertenezcan a gestantes atendidas en el Centro de Salud Francisco Morazán
- Expedientes que sean en el periodo de estudio.

7. Técnicas e instrumentos

Según Pineda et al (2008) “La técnica se entiende como el conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación” (P.123).

Según Pineda et al (2008) un instrumento “es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información. Entre estos se encuentran formularios, pruebas psicológicas, las escalas de opinión y de actitudes, las listas u hojas de control, entre otras” (p.144).

a. Revisión documental

Es una fuente por la cual se obtiene información de uno u otro asunto de interés.

Es la revisión de contenidos, en general se describe como el método mediante el cual, el investigador estudia un texto escrito (libros, testamentos, sentencias, expedientes clínicos, judiciales, contratos o cualquier documento en el cual se expresa ideas o estilos de vida, costumbres, creencias, aplicación de leyes, etc., que son objetos de estudio. (Valinda et al 2000, pág. 47)

Se revisaron los 168 expedientes clínicos con el objetivo de corroborar el cumplimiento del llenado de la HCP por parte del personal de salud que atienden a gestantes que acuden al Centro de Salud.

b. Encuesta

Consiste en la recolección de información fiable mediante la aplicación y evaluación de un cuestionario sobre un tema determinado. Según Puira López, (2008) afirma que “Es una técnica utilizada frecuentemente cuando se requiere obtener información de un universo grande de personas en un tiempo relativamente corto y al igual que el cuestionario de rápido procesamiento” (p.165).

Estuvo dirigida al personal de salud con el objetivo de conocer sus características sociodemográficas y de esta manera saber quiénes son los que están llenando la Historia Clínica Perinatal.

8. Pilotaje

Según Valinda et al (2000). “Es el ensayo o prueba que se hace a los instrumentos y constituye uno de los pasos que se siguen en la construcción de los mismos” (p. 55). Se realizó una prueba piloto previo a levantar la información para esto se tomaron 5 expedientes del Centro de Salud de los que no participaron en el estudio ya que fueron llenados en otro periodo, para verificar el llenado de la historia clínica perinatal.

Prueba de jueces

Solicitamos la colaboración de tres docentes del Polisal experto en la materia para la evaluación de este trabajo para así obtener sugerencias sobre dicho documento. Donde se nos recomendó narrar lo que realizamos desde el punto de reunión hasta el lugar donde se va a recoger la información especificando fecha y horario, en cuanto al consentimiento informado mejorar redacción, en el caso de criterios especificar cuándo es correcto y cuando incorrecto.

9. Como se recogerá la información

a. Revisión documental

Para recoger la información se coordinó con el personal de salud para así realizar la revisión documental el cual se realizó los días Martes 5, Miércoles 6 y Lunes 11 de febrero del año 2019 en horarios de 8:00 AM a 12:00 MD.

La revisión documental se les realizó a los 168 expedientes clínicos, de los cuales se obtuvieron datos de la Historia Clínica Perinatal, cabe mencionar que este instrumento fue la clave para el resultado de nuestro trabajo. Se realizó revisión documental para analizar el llenado de los segmentos de la Historia Clínica Perinatal e identificación de los factores de riesgos en la embarazada, así como el seguimiento que se dio a la embarazada con factores de riesgo

b. Encuesta

Se realizó la encuesta para conocer las características sociodemográficas del personal de salud, cuyo objetivo fue conocer el cumplimiento que emplean en el llenado de la Historia Clínica Perinatal. Para la identificación de factores de riesgo y seguimiento se recolectaron datos entre el 6, 7, 8, 12 y 13 de febrero en horarios de 8am a 12Md y de 1pm a 4 pm del año en curso, el cual fue realizada por estudiantes de enfermería con mención en materno infantil.

10. Consentimiento informado

Según Piura López (2008) afirma que: “Este es un aspecto complejo para evaluar, para lo cual se tomaran en consideración las recomendaciones y pautas de CIOMS correspondiente” (p.240). Se realizó con el fin de informar de forma oral y escrita, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos para la recopilación de la información.

a. Institucional

Se realizó la gestión ante las autoridades del Instituto Politécnico de la salud para que enviaran una carta a la institución para así obtener la aprobación para la realización del estudio.

b. Sujeto de análisis

Son el personal de salud de los cuales se eligieron a 6, a quienes se les pidió su colaboración para el trabajo de investigación y se les realizó una encuesta con el fin de conocer las características socio demográficas.

11. Como se triangulará la información

Consistió en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los diferentes métodos.

Según Valinda et all (2000) dice que muchos investigadores cualitativos entre ellos Olabuénaga (1996:115) concibe la triangulación como metodología más que como método. Considera que es de igual de útil en todos los momentos del proceso investigativo; recomendando que para momento deben usarse diferentes tipos de triangulación. (p.29)

Se utilizó la triangulación de método de los datos obtenidos de la revisión documental con el tercer y cuarto objetivo la identificación de factores de riesgos y el seguimiento según factores de riesgo, con el fin de darle validés interna y externa a la realización de esta investigación.

a. Variables

- ✓ Características socio demográficas del personal de salud. (Encuesta)
- ✓ Llenado de Historia clínica perinatal. (Revisión documental)
- ✓ Identifican factores de riesgo en gestantes. (Revisión documental)
- ✓ Seguimiento de factores de riesgo. (Revisión documental)

Procesamiento de la Información

Una vez que se recolectó la información, se inició la etapa de procesamiento cuyo fin es reducir, resumir, evaluar, interpretar y comunicar la información con el propósito de procesar los datos(dispersos, desordenados, individuales) obtenidas de la población en estudio y con el objetivo de generar resultados (datos agrupados y ordenados) a partir de los cuales se realizó el análisis

según los objetivos o las preguntas de investigación, el procesamiento de la información puede hacerse al mismo tiempo que se recolecta información. (De Alvarado & Pineda, 2008)

El estudio se organizó y se presentó la información de tal manera que facilite el proceso de interpretación, elaboración de conclusiones y recomendaciones. La información fue procesada por Microsoft Excel, en la cual se obtuvo tablas y gráficas para la interpretación de la información.

Presentación de la Información

Se presentó en texto Word con letra Times New Rom tamaño 12, interlineado uno punto Cinco y la defensa del mismo se presentaron en power point.

Plan de tabulación y análisis: De las fichas de recolección de datos se realizó el análisis estadístico descriptivo de acuerdo a los resultados de la revisión de la Historia Clínica Perinatal, se describió cada una de las variables mediante tablas con su frecuencia absolutas y su frecuencia relativas (porcentaje).

Se realizó gráficos de tipos circulares y barras de forma uní y multivariada a fin de mostrar la información de la forma más entendible.

Operacionalización de variables.

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Instrumento
Características sociodemográficas.	Características sociales.	Edad	< 25 años 25-35 años >35 años	Encuesta
		Sexo	Mujeres varones	
		Procedencia	Urbano Rural accesible	
	Características laborales.	Nivel de Profesión	Auxiliar Enfermera(as) Licenciado(os) Doctor(es)	
		Antigüedad	Menor de 1 años 1 a 2 años 3 a 5 años Más de 5 años	

Operacionalización de variable 2

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
Llenado de la Historia Clínica Perinatal.	Datos patronímicos	Nombres y apellidos	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío	Correcto si: Llena los espacios en blancos, cuadritos y círculos. Según norma Incorrecto cuando: No llena los espacios en blancos, cuadritos y círculos. Según norma	Revisión documental
		Procedencia	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
		Fecha de Nacimiento	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
		Edad	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
		Escolaridad	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
		Estado civil	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
	Antecedentes	Personales	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
		Familiares	Llenado correcto Llenado incorrecto		

			Dato vacío		
		Obstétricos	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
	Gestación actual	Peso anterior	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
		Índice Masa Corporal (IMC)	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
		Talla	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío	Correcto si: Llena los espacios en blancos, cuadritos y círculos. Según norma Correcto cuando: No llena los espacios en blancos, cuadritos y círculos. Según norma	Revisión documental
		Fecha de la Ultima Menstruación (FUM) –Fecha Probable de Parto (FPP) Edad gestacional confiable	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
		Examen odontológico Examen de mama Examen ginecológico	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
		Exámenes de laboratorios	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
		Vacunas	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
		Preparación para el parto y lactancia materna	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío		
	Datos de la atención prenatal	Fecha Edad gestacional Peso en kg Presión arterial Altura uterina Frecuencia cardiaca fetal Movimientos fetales Proteinurias Signos de alarma, exámenes y tratamientos	Llenado correcto Llenado incorrecto Dato vacío	Correcto si: Llena los espacios en blancos, cuadritos y círculos. Según norma Incorrecto cuando: No llena los espacios en blancos, cuadritos y círculos. Según norma	

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
factores de riesgos	I trimestre	Hemorragias: Aborto, Amenaza de aborto, embarazo ectópico, enfermedades trofoblástica	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo	Que estén reflejado en la nota de evolución	Revisión documental
		Anemia	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		
		Hiperémesis gravídica	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		
		VIH	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		
		Infección vaginal	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		
		IVU	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		
	II y III trimestre	Hemorragias: Placenta previa, desprendimiento de la placenta normalmente insertada.	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo	Que estén reflejado en la nota de evolución	Revisión documental
		Anomalía de las membranas feto ovulares	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		
		Infección de las vías urinaria	Identificaron factores de riesgo		

			No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		
		Infecciones vaginales	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
		Restricción del crecimiento intrauterino	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo	Que estén reflejado en la nota de evolución	Revisión documental
		Síndrome hipertensivo gestacional	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		
		Insuficiencia cardíaca	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		
		Diabetes gestacional	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		
		Anomalía de la duración del parto	Identificaron factores de riesgo No identificaron factores de riesgo No presentaron factores de riesgo		

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Criterio	Instrumento
Seguimiento de factores de riesgos encontrados por el personal de salud		Primer trimestre	Dan seguimiento de los factores de riesgo No dan seguimiento a los factores de riesgo No presentaron factores de riesgo	Que este reflejado en la nota de evolución.	Revisión documental
		Segundo y tercer trimestre	Dan seguimiento de los factores de riesgo No dan seguimiento a los factores de riesgo No presentaron factores de riesgo	Que este reflejado en la nota de evolución	

Desarrollo del subtema

I. Características socio demográficas

1. Características sociales

A. Edad en el personal de salud

Los trabajadores de la salud juegan un papel importante en la sociedad, tanto en lo social como en lo laboral.

Según Espinoza, Flores, & García (2016) dicen que: El Ministerio de salud de Nicaragua (2005) en la actualidad más de las tres cuartas partes (76.4%) tiene menos de 40 años de edad, es decir se trata de un colectivo muy joven. Entre las edades de 33.2 años las mujeres siendo esta la edad media y en los varones 36.23 años siendo esta diferencia significativa estadísticamente. (p.17)

Cabe mencionar que no está estrictamente relacionada con la edad, ya que esto depende de los conocimientos y actitudes que posee cada persona al ejercer la profesión.

a. Sexo en personal de salud

En la actualidad la profesión de la salud la pueden ejercer tanto mujeres como varones, aunque “Gran parte del personal (67.9%) es femenino, llevan ejerciendo su profesión una media 12 años, aunque la variable del tiempo trabajando oscilan entre seis meses y 44 años siendo esta variabilidad superior entre varones” (Espinoza, Flores, & García , 2016, pág. 17).

b. Procedencia del personal de salud

Según el reporte del MINSA (2010) tenía entre su personal de Salud a 2,953 Enfermeras. Casi el 25% de ellos están en la capital, uno de los principales problemas de este gremio es enfrentar las condiciones laborales. Así mismo destacó que en el país hay 3.5 Enfermeras por cada 10 mil habitantes según las cifras oficiales. La mayor cantidad de Enfermeras están en Managua son 22 Enfermera por 10 mil habitantes, sin embargo, hay lugares que llegamos a 0.5 Enfermeras por habitante es decir que no hay sola Enfermera.

B. Características laborales

Las condiciones actuales de trabajo envuelven, cada vez más, modelos de producción y prestación de servicios con cadencia acelerada e intensificada, quiénes determinan el aumento de la productividad por medio de la combinación del ritmo de trabajo, de la carga de responsabilidad y de la reducción de los intervalos de descanso en la jornada de trabajo lo que lleva a una inclinación progresiva de riesgos ocupacionales, puede originar efectos crónicos a la salud y al añejamiento de los trabajadores. A eso, puede asociarse el descontentamiento de algunos profesionales, consecuente de la laguna existente entre el sistema laboral en el que están insertos y sus expectativas con relación al trabajo y calidad de vida.

a. Nivel de profesión en el personal de salud

1. Licenciada (o) en Enfermería

Porras, Gustavo (2010) dice que La Ley de Regulación del ejercicio de Enfermería, capítulo I de la profesión de Enfermería define que:

Es la persona que ha completado estudios de Enfermería a nivel académico oficializado y está capacitada(o) para proporcionar el cuidado de Enfermería teniendo como herramienta fundamental el proceso de intervención de Enfermería como fundamentación científica para la atención del individuo sano y con problema de salud de bajo, mediano y alto riesgo, en los diferentes niveles de atención estableciendo una relación con el (las) usuario(a) de calidad y calidez y comprenderá el individuo como un ser biopsicosocial. (P.9)

2. Técnico superior en Enfermera

De igual forma esta ley expresa que Enfermera:

Es una profesión científica, técnica, humana y social, con capacidad de liderar su práctica profesional de manera autónoma en cuanto a los procedimientos de la profesión o en conjunto con un equipo multidisciplinario, centrando su quehacer en la prestación de un servicio de Enfermería seguro y de calidad, garantizando en su relación con el usuario la calidez, confianza, el sigilo, la serenidad y el apoyo a nivel individual, fundamentado en el perfeccionamiento de

los conocimientos, análisis del proceso salud enfermedad y en la aplicación de la investigación para la búsqueda de respuestas a los problemas de salud.

3. Auxiliar de Enfermería

A si mismo esta ley expresa sobre el Auxiliar de Enfermería:

Es la persona que posee instrucción y formación básica de Enfermería y posee diploma que la/o acredita para ejercer acciones de apoyo asistencial tanto preventivas como curativas dirigidas a la persona, familia y comunidad, bajo la supervisión de la Enfermera/o, encontrándose además controlada/o por la autoridad reguladora.

b. Antigüedad laboral

Es el tiempo durante el cual una persona ha estado trabajando de manera interrumpida para la misma unidad económica, en su trabajo principal independiente de los cambios de puesto o funciones que haya tendido dentro de la misma.

II. Llenado de Historia Clínica Perinatal.

A. Definición

La Historia Clínica Perinatal (HCP), es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada.

En el cual la HCP es una herramienta útil, dinámica y ágil, dirigida al personal de salud que presta servicios a la población y enfocada para el proceso de atención a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Con esta herramienta se pretende que el personal de salud tomador de decisión, cuente con información actualizada y de calidad que le permitan realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada. (MINSA, 2013, pág. 8)

Además, que es un documento legal nos ayuda a identificar alteraciones durante el embarazo y así realizar un buen control prenatal por otra parte el Gaitan Pacheco, (2016) afirma:

Que la Historia Clínica Perinatal (HCP) es un formulario básico en una sola hoja, su contenido está basado en consensos clínicos universales. El Carnet Perinatal (CP) es una copia de todos los datos contenidos en la HCP y se encuentra en poder --de la paciente. Este carnet diseñado en un papel común, se constituye como una herramienta de registro de datos económica, práctica y eficaz. (p.12)

Es necesario recalcar que ambas afirmaciones son aceptadas ya que de una u otra forma especifican la importancia de este documento. Cabe mencionar que es necesario que se le brinde a la paciente su carnet perinatal, de tal manera se orientara que debe portarlo siempre y educar sobre los signos de alarma, el cual se encuentra en la parte posterior del carnet.

La Historia Clínica deberá facilitar la atención, el monitoreo y la supervisión del cumplimiento de las normas, de tal manera que el sistema de salud cuente con información precisa y oportuna para la toma de decisiones. La riqueza de datos contenidos en la Historia Clínica Perinatal y sus formularios complementarios permiten constituir el banco de datos más valioso con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población prestataria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios, monitorizar indicadores claves y realizar investigaciones operacionales y epidemiológicas.

1. Objetivos de la Historia Clínica Perinatal

1. Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales en el nivel primario de atención de baja complejidad.
2. Normatizar y unificar la recolección de los datos.
3. Facilitar al personal de salud aplicar sus normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
4. Ofrecer elementos básicos para la supervisión de los centros de atención primaria para la madre y el recién nacido.
5. Ayudar en la capacitación del equipo de salud.
6. Conocer las características de la población atendida.
7. Constituir un registro de datos de interés legal para la mujer embarazada y su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.
8. Constituir un registro de datos perinatales básicos para la investigación de servicios de salud.

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. El llenado de cada segmento no es responsabilidad de una persona sino de un equipo multidisciplinario y la calidad del llenado es vital, ya que la HCP forma parte del Expediente Clínico y está sujeta a las auditorias.

2. Significado de la Historia Clínica Perinatal

En la presente Historia Clínica Perinatal, el Amarillo significa ALERTA (cuadritos, triángulos, círculos o rectángulos en color amarillo) e indica que: más información, análisis y decisiones se

encuentran registradas en otra/s hoja/s del Expediente Clínico. No indica necesariamente riesgo ni practicas inadecuadas. Esta es presentada siguiendo las secciones de la HCP. Los términos de la HCP serán presentados tanto en su denominación completa como en su versión abreviada o iniciales.

Las secciones de la HCP cuentan con diferentes formas para la recolección de datos	
En algunos sectores hay espacios libres que admiten la escritura de letras y números, como se ve en el ejemplo	<div>DOMICILIO</div> <div><i>Av América 6937</i></div>
Otros sectores son de forma rectangular y sólo admiten números	<div>6</div> <div>años</div> <div>en el mayor nivel</div>
Finalmente algunos datos serán registrados marcando dentro de un círculo	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
La forma correctas de marcar los números es llenando todos los casilleros	<div>0 3 Hb 0 9 Gestas leucocitos</div> <div>=</div> <div>previas = 3 = 5000 0 5</div> <div>0 0 0 — — 9,5 — —</div>
Las formas correctas de marcar los círculos son las siguientes:	<div><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></div>
Toda otra forma de llenado debe ser evitada, por ejemplo:	<div></div>

B. La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos

1. Datos generales.
2. Antecedentes personales y familiares.
3. Gestación actual.
4. Parto u Aborto.
5. Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.
6. Recién nacido/a.
7. Puerperio Inmediato.

8. Egreso del Recién nacido/a.
9. Egreso Materno.
10. Anticoncepción.

La HCP cuenta en su parte reversa, con las gráficas de la altura uterina y la edad gestacional en semanas y el incremento de peso materno con la edad gestacional en semanas. Seguido del listado de códigos de las patologías más frecuentes durante el embarazo, parto o puerperio, patología neonatal, indicación principal de parto quirúrgico o inducción, medicación durante el trabajo de parto y anomalías congénitas, según la clasificación internacional de enfermedades. El carné perinatal tiene en su reverso las gráficas de la altura uterina y la edad gestacional en semanas y el incremento de peso materno con la edad gestacional en semanas. Así como algunas orientaciones para proteger su embarazo, algunas señales de peligro y los datos generales de la paciente y el establecimiento de salud.

1. Segmento – Identificación

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA		FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	Lugar del control prenatal		Lugar del parto/aborto		Nº Identidad
DATOS DE FILIACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	día	mes	año	<input type="radio"/> blanca	<input checked="" type="radio"/> ninguno	<input type="radio"/> casada	<input type="radio"/> unión estable	<input type="radio"/> soltera	<input type="radio"/> otro		
	DOMICILIO	EDAD (años)		<input type="radio"/> indígena	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> primaria						
	LOCALIDAD	TELEF.			<input type="radio"/> mestiza	<input type="radio"/> secund.	<input type="radio"/> univers.	<input type="radio"/> vive sola	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si		
					<input type="radio"/> negra	<input type="radio"/> años en el mayor nivel						
					<input type="radio"/> otra							

- **Nombre y Apellidos:** Anotar los nombres y apellidos de la mujer, preferiblemente como aparece en la cédula de identidad. Copiarlos si presenta su cédula.
 - **Domicilio:** Se refiere a la residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses. Anotar dirección exacta para efectos de la búsqueda activa de inasistentes.
 - **Localidad:** Se refiere al nombre de la ciudad, municipio, pueblo, comarca.
 - **Teléfono:** El teléfono del domicilio o celular. Si no tuviera, anotar un número de teléfono cercano, en donde el personal de salud pueda comunicarse con ella o la familia, en caso de requerirse.
- **Fecha de Nacimiento:** Completar día, mes y año del nacimiento de la embarazada.
- **Edad:** Al momento de la primera consulta (captación) preguntar: ¿Cuántos años cumplidos tiene?

Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 20 años o mayor de 35 años, marcar el círculo amarillo.

- Etnia: Marcar el casillero que corresponda a la etnia que declara pertenecer la embarazada. La HCP incluye la variable Etnia con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otros. La forma de obtener el dato podría ser: ¿Cómo se considera? ¿Blanca? ¿Indígena?, ¿Mestiza?, ¿Negra?, ¿otros?

- Alfabeta: Preguntar: ¿Sabe leer y escribir? Anotar la respuesta (SI o No) según corresponda

- Estudios: Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Preguntar ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió?

¿Primaria? ¿Secundaria? ¿Universitaria?

Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

- Años en el mayor nivel: Preguntar: ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel? Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar Secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a „años en el mayor nivel”.

- Estado Civil: Registrar el estado civil según corresponda. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En “otro” se incluye separada, divorciada, viuda.

Vive Sola: Indagar si la embarazada vive con familiares u otras personas en caso de no tener cónyuge.

- Lugar de la atención prenatal: Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la captación. En el caso del MINSA, se marcará cuando ocurra el evento y se obtendrá el código por estadísticas. Cuando la usuaria fuese captada en cualquier parte de nuestro país, y busca atención prenatal, se le dará seguimiento como subsecuente en el Establecimiento de Salud donde ella asista. Si viene de otro país, y no está registrada el censo gerencial de las embarazadas, puérperas y postnatales, se ingresará como una captación.

- Lugar del parto/aborto: Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la atención del parto/ aborto.

- No. Identidad: Anotar el número de cédula de identidad, tal y como aparece en la misma, son tres números iniciales que corresponden al lugar de nacimiento, 6 números centrales que corresponden a la Fecha de Nacimiento y los otros cuatro números terminando en una inicial

Mayúscula son del código asignado por el Consejo Supremo Electoral. Si no tiene cédula anotar el número de expediente asignado por el Establecimiento de Salud.

1. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar de la atención prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del Carné Perinatal o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

1.1. Antecedentes

- **Familiares:** Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge). Preguntar: ¿En su familia alguien ha tenido...? (mencionar cada una de las patologías de la HCP). Si la respuesta es afirmativa, preguntar ¿Quién?

- **Personales** a los propios de la embarazada. Marcar el círculo No o Si. En el caso de “otros”, especificar. En el caso de la Diabetes se marcará el tipo de Diabetes o si es Gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El término cirugía genito-urinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB. En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de indicadores de violencia en el embarazo actual (ver sección de Gestación Actual). Marcar el círculo “Si” o “No” según corresponda.

- **Obstétricos**

Gestas Previas: Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si el embarazo actual es el primero. El número de Gestas debe coincidir con la sumatoria de los Partos (Vaginales + Cesáreas) más Abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple. Marcar el círculo “Si” o “No” según corresponda.

Puede ayudar para identificar **Partos/Vaginales–Cesáreas**: Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: ¿Cuántos fueron partos vaginales y cuántos fueron por cesárea?

Además, se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si peso menos de 2500 gr. o fue mayor o igual a 4000 gr. fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente, en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (Si/No) según corresponda.

- **Abortos:** Según la CIE-10, se define el Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar con una **x** el círculo amarillo correspondiente. Si no tiene antecedentes de Aborto, marcar con **00**.

- **Nacidos/as Vivo/as:** Según la CIE-10 se clasificará un recién nacido/a como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el RN respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no. Si no tiene antecedentes, marcar con **00**.

- **Embarazo Ectópico (embarazo Ectópico):** Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazos producidos fuera del útero en el rectángulo correspondiente.
- **Nacidos/as Muertos/as:** Según la CIE-10 se clasificará un RN como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

- **Viven:** Se refiere al número de hijos/as que están vivos/as al momento de la consulta.
- **Muertos/as 1ra semana:** Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos/as, pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo amarillo correspondiente. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar **0**.
- **Muertos/as después de la 1ra semana:** Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más) hasta 11 meses 29 días, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente de color amarillo. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar **0**.
- **Fin Embarazo Anterior:** Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto (incluye el ectópico). Marcar **00** si se trata de una **Primigesta**. Marcar con **x** el círculo amarillo la finalización del embarazo ocurrió antes de 2 años o mayor a 5 años del inicio del embarazo actual.
- **Embarazo Planeado:** Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno cuando se cumplan ambas condiciones se marcara **—sill**, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se macara **—noll** (en amarillo).

El embarazo no planeado preguntar: Cuando supo de este embarazo, ¿Quería estar embarazada? ¿Quería esperar más tiempo? o ¿No quería tener (más) hijos?

- **Fracaso Método Anticonceptivo (Fracaso Método Anticoncep.):** Preguntar: Al enterarse de este embarazo: ¿Estaba usando algún método para evitar el embarazo?

Marcar el círculo correspondiente de acuerdo a las respuestas posibles que están clasificadas como:

- No usaba ningún método (no usaba).
- Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- Dispositivo Intrauterino (DIU).
- Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.
- Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.
- Métodos naturales (natural): método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.

2. Segmento – Gestación Actual

En este segmento se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual, que se irán completando en las atenciones o visitas sucesivas.

[illegible]

Peso Anterior: Se refiere al peso habitual de la mujer PREVIO del embarazo actual. **Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior.** Se recomienda pesar sin zapatos y con lo mínimo de ropa posible o una bata de examen. Calibrar la pesa al menos cada semana. Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el CLAP.

Preguntar ¿Cuánto pesaba antes de este embarazo? Se registrará el peso expresado en kilogramos.

Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el **Índice de Masa Corporal (IMC)** que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m²) (**IMC = Kg/Talla en**

m²). Por ejemplo, si la gestante pesa 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será: $60 / 1.60^2 = 23.44 \text{ Kg/m}^2$. Ver Tabla No. 1.

Tabla No.1 Nuevas Recomendaciones en Ganancia de peso Total según IMC Pre Embarazo

IMC antes de las 12 S/G		Ganancia de peso recomendado en embarazadas (kilogramos)
Clasificación	IMC (kg/m ²)	
Peso Bajo	< 18.5	12.5 -18
Peso Normal	18.5 - < 25	11.5 - 16
Sobrepeso	25 - < 30	7 – 11.5
Obesa (toda clase)	> 30	6

- **Talla (cm):** Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro.

El dato obtenido se registrará en centímetros. Se medirá en la primera visita de control.

- **Fecha de Última Menstruación (FUM):** Este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable. Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día mes-año

Preguntar: ¿Cuál fue el primer día de su última menstruación?

Si se desconoce el dato anotar **00**. Cuando la fecha de última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar a partir de un USG antes de las 20 S/G u otro método que sea confiable.

- **Fecha Probable de Parto (FPP):** Se anotará el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, se recomienda usar el Gestograma diseñado por el CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. En caso de no contar con un gestograma, se recomienda utilizar la regla de los 280 días, partiendo de la fecha del primer día de la menstruación se

contarán 280 días consecutivos sobre un calendario, el día 280 coincidirá con la FPP. Existen fórmulas matemáticas que facilitan el cálculo de la FPP (Regla de Naegele, Pinard, Wahl, etc.), En el caso de mujeres que ingresan para ser asistidas por un aborto y no han tenido control prenatal no será necesario incluir la FPP. Si se desconoce el dato anotar **00**.

- **Confiabilidad de la Edad Gestacional (EG confiable por FUM o Eco < 20 s):** Aquí se solicita al personal de salud una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECO (USG) (SI/NO). Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del dato de FUM y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.

Estilos de vida: Se anotarán los estilos que la paciente refiera, esto se realizara por cada trimestre de gestación. Deberán anotarse en el expediente clínico otros aspectos de estilos de vida saludables como: Nutrición adecuada, exposición a sustancias químicas (p/e plaguicidas) o el uso del condón para evitar la transmisión vertical.

El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos una vez cada trimestre preguntando: Desde su última visita ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica?

- **Fumadora activa (Fuma Act.):** Se refiere a si la mujer está fumando durante la actual gestación. La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo. Por lo que se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2º y 3er trimestre. En el caso de que la respuesta sea Si, anotar el promedio de cigarrillos consumido por día en el expediente clínico. Drogas: Marcar si con x cuando utiliza alguna sustancia no indicada por el personal de salud, que sea capaz de producir dependencia. Hacer esta pregunta en cada trimestre del embarazo.
- **Fumadora pasiva (Fuma Pas):** Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo y se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). También se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2º y 3er trimestre.

- **Drogas:** Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3^{er} trimestre.
- **Alcohol:** en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc. Preguntar: ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo? Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3^{er} trimestre.
- **Violencia:** Este término involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación. El agresor puede ser la pareja actual, parejas previas, padres, u otras personas. Obtener esta información puede ser difícil y no existe aún una forma estándar de preguntar acerca de este tema. Se recomienda revisar la normativa actual¹ para elegir la forma de preguntar y las acciones a seguir si un caso es detectado. Si no cuenta con una forma reglada de interrogar sobre violencia emocional, física, sexual y psicológica, se recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en la primera visita prenatal:

“Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su actual relación de pareja. Sé que algunas de estas preguntas son muy personales y permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales”.

- ✓ En el último año ¿Alguna vez ha sido Ud. humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a Ud. le interesan? Si la respuesta es positiva, continuar:
- ✓ Desde que está embarazada ¿Alguna vez ha sido Ud. humillada, avergonzada, impedida de ver amigos, o hacer cosas que a Ud. le interesan?
- ✓ En el último año ¿Ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien? Si la respuesta es positiva, continuar:
- ✓ Desde que está embarazada ¿Ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien?
- ✓ En el último año, ¿Ha sido Ud. forzada a tener actividades sexuales? Si la respuesta es positiva, continuar:
- ✓ Desde que está embarazada ¿Ha sido Ud. forzada a tener actividades sexuales?

- ✓ En el último año, ¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos? Si la respuesta es positiva, continuar:
- ✓ Desde que está embarazada ¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?
- ✓ En el último año ¿Ha tenido Ud. miedo de su pareja o de alguna otra persona? Si la respuesta es positiva, continuar:
- ✓ Desde que está embarazada ¿Ha tenido Ud. miedo de su pareja o de alguna otra persona?"

En visitas posteriores no es necesario indagar por lo ocurrido en el último año y debe sustituirse la frase inicial "Desde que está embarazada." por la frase "Desde su última visita."

Una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas que indagan sobre violencia en el último año debe registrarse en la sección Antecedentes Personales. Si hay respuesta afirmativa a las preguntas relacionadas con el embarazo actual, marcar "SI" en el casillero que corresponda.

- a. **Anti rubéola:** Se anotará según la realización de Jornadas Nacionales de Vacunación. Preguntar: ¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la rubéola? Si la respuesta es afirmativa, indagar ¿Cuándo?

Marcar el círculo correspondiente, —**previa**|| cuando la paciente haya recibido la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo. Marcar el círculo —**embarazo**|| si la vacuna fue inadvertidamente colocada durante esta gestación; —**no sabe**|| cuando no recuerda si recibió la vacuna; —**no**|| si nunca fue inmunizada.

Si la mujer no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el postaborto inmediato. Recordar que toda mujer que se embaraza previamente debe contar con su vacuna y no se recomienda aplicarla durante el embarazo.

- b. **Antitetánica:** Con la finalidad de identificar a las mujeres que requieren inmunización antitetánica la HCP recuerda al personal de salud indagar el estado de vacunación al momento de la primera visita de control prenatal o durante la atención de emergencia en una mujer que acude para la atención de un parto o de un aborto sin control prenatal.

Es importante solicitar a las gestantes la tarjeta de vacunación, o algún otro registro o documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis.

Si la mujer presenta documentación revisar el número y el intervalo entre dosis, así como el tiempo desde la última vacunación y decidir si debe recibir una dosis adicional.

Las mujeres que no poseen documentación de haber recibido inmunización contra el tétanos deben ser vacunadas con una primera dosis en la primera consulta prenatal o durante la atención en una situación de aborto. La segunda dosis debe ser administrada no antes de cuatro semanas de la primera dosis y por lo menos 3 semanas antes de la fecha probable de parto. La administración de las siguientes dosis debe seguir lo indicado en el Programa Nacional de Inmunización (PNI).

Las dosis aplicadas anteriormente al embarazo, se tomarán en cuenta las recibidas con las vacunas dT (1 dosis), DPT (2 dosis) o Pentavalente (3 dosis). Si ya tiene su esquema (respaldado) de 6 dosis previas a su embarazo no se deberá aplicar vacuna, ya que se considera inmunizada.

Registro No Vigente (Anotar —Nol lápiz de grafito y el mes de gestación en que se aplica la vacuna), en los siguientes casos:

Cuando no ha recibido ninguna dosis: se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual. De la siguiente manera:

1ra dosis en la primera atención prenatal.

2da dosis 4 semanas después de la primera o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.

Cuando exista información poco confiable acerca del número y fechas de administración de dosis previas. Se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual. o Cuando recibió 2 dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. Cuando recibió 3 dosis y el embarazo actual se inicia después de 5 años de protección. Aplicar únicamente una dosis.

- **Registrar Vigente (Anotar —Sil con tinta azul o negra) en los siguientes casos:** o Recibió 2 dosis y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección.
- Recibió 3 dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.
- Recibió 5 dosis

“Vacunar a una mujer no protegida con toxoide tetánico, además, de protegerla a ella constituye una medida preventiva preconcepcionales para un futuro embarazo.”

Tabla No. 2 Esquema de Vacunación de la dt según el Programa Nacional de Inmunización

El esquema actualizado es el siguiente:

1ra dosis al contacto (captación).

2da dosis un mes después de la primera dosis (4 semanas).

3ra dosis 6 meses después de la segunda dosis.

4ta dosis un año después de la tercera.

5ta dosis un año después de la cuarta.

- **Examen Normal (Ex. Normal):** El control prenatal ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto. Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de dar una atención integral a la mujer en cada contacto de ésta con el equipo de salud.
- **Examen Odontológico (Odont.):** La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del *streptococo mutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.
Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar —**nol** y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar —**sil**.
- **Examen de Mamas (Mamas):** Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna.
El momento más adecuado para realizar el examen de mama no está determinado. La OMS recomienda el examen en la tercera visita prenatal, una vez que se ha establecido confianza entre la gestante y el servicio. La HCP incluye el dato Examen Normal, marcar “no” cuando el examen

de mamas sea anormal, y “sí” en caso contrario. Si se encuentran hallazgos en los siguientes controles, deberá anotarse en el expediente clínico.

- **Cérvix:** Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación de la atención prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales. La selección del momento más adecuado para este examen es una decisión que hará el personal de salud tomando en cuenta la situación individual de cada mujer. El examen con espéculo también integrará el examen de las mujeres en caso de aborto.
- **Inspección visual (Insp. visual):** Si una anomalía cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará —**anormal** en inspección visual, si el cuello está sano se registrará —**normal** y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará —**no se hizo**.
- **Papanicolaou (PAP):** Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante la atención prenatal. Se puede tomar como dato actual, el PAP realizado en el último año. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: —**Normal/Anormal** y si el PAP no se realizó, registrar —**no se hizo**.
- **Colposcopia (COLP):** Registrar como —**Normal** si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical.

De lo contrario marcar —**Anormal** o —**no se hizo**, según corresponda.

- **Grupo:** Registrar en la casilla el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O).
- **Rh:** Marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo. Se entiende que la mujer está **inmunizada** cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcará —**Sí**, en caso contrario se marcará —**No**”.
- **Gammaglobulina Anti D (YGlobulina anti D):** Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todos los gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicará a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Se marcará —**Sí**, si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará —**No**. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar —**n/c** (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica.
- **Toxoplasmosis:** La Infección por Toxoplasma Gondii durante el embarazo es relativamente frecuente y puede afectar gravemente el feto. Esta infección deja una inmunidad permanente y

no se repite en embarazos siguientes. La medición de la IgG permite detectar pacientes susceptibles al *Toxoplasma Gondii*, es decir que tengan títulos positivos de IgG y por lo tanto hayan sufrido una infección antes del embarazo. Debe realizarse el estudio de la IgG específico desde la primera atención prenatal. Y la IgM implica una infección aguda actual por *Toxoplasma Gondii* y en la que se debe tratar inmediatamente.

Según los resultados que se obtengan del Toxotest (IgG o IgM), se deberá marcar una x el círculo que corresponda. Especificando si el Toxotest fue realizado antes de las 20 semanas o después de las 20 semanas de gestación. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable > 20 semanas.

“Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita”.

- **Fe/Folatos indicados (Fe):** Los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda sólo con la dieta. El déficit de folatos es la segunda causa de anemia nutricional durante el embarazo y también es responsable de defectos en el cierre del tubo neural.

Prueba de Hemoglobina (Hb): La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematurez y bajo peso al nacer.

En Nicaragua se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de la hemoglobina es inferior o igual a 11 gr/dl, o el Hematocrito es inferior al 33% y el Recuento eritrocitario está por debajo de 3,000.000 mm³, en cualquier trimestre del embarazo.

La HCP ofrece dos instancias para registrar los resultados de la prueba de hemoglobina, uno en la primera visita antenatal o por un aborto. Y otro en un control prenatal luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo.

Marcar el círculo amarillo —**no** si no se indicó suplemento de hierro y ácido fólico y marcar el círculo blanco —**si** cuando se lo haya indicado.

En los casos de aborto en mujeres que desean embarazarse en corto plazo, la recomendación del uso de hierro y folatos puede ser considerada como la primera consulta preconcepcional de un futuro embarazo.

Infección por Virus de Inmune Deficiencia Adquirida (VIH-Diagtratamiento): Se anotará en solicitado la consejería brindada por el personal de salud, a fin de que la usuaria tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH, antes de las 20 semanas, siendo la evidencia la hoja de consentimiento informado. También está indicada después de las 20 semanas.

Registrar Test VIH: Solicitado: —no|| o —s||, Resultado: positivo —+|| y negativo —-|| y no corresponde —n/c|| según corresponda. Se marcará el círculo de n/c en los siguientes casos:

- Cuando se trate de una gestante ya diagnosticada.
- Cuando la prueba no haya sido solicitada.
- Cuando se tratase de una gestante que se niega a realizarse la prueba habiendo sido esta solicitada.
- Cuando la paciente sea captada mayor de 20 semanas de gestación.

Se anotará en el círculo amarillo —s/d” (sin datos), si la prueba fue solicitada y aún no se conoce el resultado.

TARV: Se debe registrar si la paciente con resultado —+|| está recibiendo tratamiento en el embarazo según corresponda (si, no, n/c).

En caso de una mujer que controlaba el embarazo y sufre un aborto sólo anotar si el test fue solicitado/realizado antes de las 20 semanas. Si la mujer ingresa para atención de un aborto y sin control previo se llenará la variable VIH en el formulario complementario de aborto.

El expediente es un documento médico-legal y en el cual se deberá anotar los resultados de la paciente. Los resultados de la prueba de anticuerpos al VIH, deben comunicarse de manera confidencial y personal mediante consejería. En ningún caso podrá ser utilizado el documento de los resultados como elemento probatorio, publicitario o de índole diferente al ámbito de su salud individual.

Sífilis – Diagnóstico y Tratamiento: La sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública. La estrategia para la eliminación de la sífilis congénita incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción de una atención prenatal temprano y la disminución del riesgo de reinfección mediante tratamiento a las parejas sexuales y consejería sobre el uso del condón.

Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas (VDRL o RPR) o Treponémicas (FTAABS). Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos

oportunidades, una al momento de la captación en la primera atención prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre. En caso de prueba No Treponémicas se marcará (-) cuando la prueba fue no reactiva, (+) si fue reactiva y (s/d) sin dato. En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (n/n) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa).

Registrar si recibió tratamiento o no en caso de tener resultado —+|| y si la pareja también recibió dicho tratamiento. En ambos casos se deberá especificar si los resultados o el tratamiento fueron antes de las 20 o después de las 20 semanas de gestación.

A las mujeres con pruebas reactivas se les deberá tratar, brindar consejería e información sobre la enfermedad, sus riesgos y la necesidad de tratar a sus parejas sexuales y eventualmente al niño después del nacimiento. A las mujeres con prueba negativa proveerles información acerca de cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Chagas: La enfermedad de Chagas (infección por tripanosoma cruzi). Marcar el resultado de la prueba de Chagas (PCR), en el círculo asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se le indicará a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

- **Paludismo/Malaria:** Marcar el resultado de la prueba de Paludismo/Malaria (Gota Gruesa), en el círculo asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se le indicará a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

Bacteriuria: Bacteriuria asintomática es la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas. En lugares donde no se dispone de urocultivo la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante la atención prenatal.

Marcar con **x** el resultado de la prueba en el círculo asignado, se realizarán en dos momentos (antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas). Se deberá realizar una prueba por cada atención prenatal. En caso de aborto no se Anotará el dato de > 20 semanas.

Marcar —Anormal|| cuando:

- Con Cintas de Esterasa Leucocitaria y Nitritos: cuando se encuentren Leucocitos Positivo más Nitritos Positivos.
- Con Cintas Reactiva de Uro análisis: cuando se encuentren Leucocitos Trazas o más y Nitritos Positivos.
- Examen de urocultivo positivo.

Resultado de Urocultivo: Se marcará Bacteriuria: Normal, cuando el urocultivo es negativo (menos de 100,000 Unidades Formadoras de Colonia (UFC)/ml o la cinta es negativa. Es Anormal cuando sea mayor de 100,000 UFC/ml o la cinta es positiva. En el caso de aborto no se Anotará el dato mayor de 20 semanas.

En caso de no realizar urocultivo o la cinta reactiva a lo largo de la atención prenatal, se registrará en el círculo amarillo que **—no se hizo**.

Las cintas deberían estar disponibles en todas las unidades de salud. Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los genitales con agua y jabón, separación de los labios menores, utilización de técnica del chorro medio, procesar la muestra antes de 30 minutos.

- Glucemia en Ayunas: registrar el valor de la glucemia obtenida (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Anotar el resultado obtenido de la glucemia obtenida en ayunas en la embarazada en dos momentos (antes de las 24 semanas de gestación y después de las 24 semanas de gestación). Si la glucemia basal es igual o mayor a 92 mg/dL marcar además el círculo amarillo. Orientar a la embarazada que debe acudir a un Establecimiento de Salud sin haber ingerido alimentos. En caso de aborto no se Anotará el dato mayor de 24 semanas.
- **Estreptococo B 35-37, semanas:** La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal. La estrategia principal para disminuir esta infección en los recién nacidos es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal. Indicar si fue negativa (-) o positiva (+). Si no se realizó en estas condiciones o no se solicitó marcar “no se hizo”. En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable.

- **Preparación para el parto:** El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados, el principal es garantizar el acceso para su atención (plan de parto), además es una oportunidad para informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros. Si la gestante ha recibido alguna de estas prestaciones indicar **—sí**, en caso contrario registrar **—no**. Se marcarán de preferencia en el último trimestre de gestación. En casos de atención por aborto no llenar esta variable.

Consejería Lactancia Materna: Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:

- Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial. o Formas de amamantar.
- Los cambios en la leche materna después del parto. Y o Discutir las dudas y preguntas de la gestante.
- También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.

Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda (sí/no). En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable. Se marcarán de preferencia en el último trimestre de gestación.

Atenciones Prenatales: Llenar los espacios correspondientes de forma horizontal por cada atención prenatal, en donde sólo abarca anotar 6 APN; por lo que se recomienda usar otra hoja de HCP, anexarla al Expediente Clínico y foliarlas respectivamente.

En caso de ingreso por aborto o parto sin controles prenatales previos no aplicará el llenado de esta sección. Los datos a registrar son:

- **Fecha:** Anotar el día, mes y año en que se realiza la atención prenatal.
- **Edad Gestacional:** Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta.

- **Peso:** En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de peso materno con un punto. Una con línea continua los puntos de los valores del peso registrados en las APN realizadas. Identifique y utilice cualquiera de las dos situaciones particulares para esta gestante:
-Si conoce el peso pre gestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre los percentiles 25 y 90 (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada. Por ejemplo, a las 16 SG, el rango de incremento de peso normal es de entre 1.8 y 5.1 Kg, a las 20 SG es de entre 3.2 y 8.2 Kg, a las 28 SG entre 6.2 y 12.9, a las 36 SG entre 8.2 y 15.7 Kg. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de peso, cuando haya disminución del peso o la línea se haga plana.

-No conoce el peso pre gestacional o la embarazada fue captada después de 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90 (parte oscura más la parte clara del gráfico). Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN la tabla Peso para la talla según la edad gestacional (Talla en centímetros). Por ejemplo, si la gestante mide entre 152-154 cms de talla, a las 16 SG debería pesar entre 47.3 y 61.4 Kg, a las 20 SG entre 51.0 y 62.4 Kg, a las 28 SG entre 54.6 y 65.0 Kg y a las 36 SG entre 56.2 y 66.6 Kg.

Si la gestante mide entre 161-163 cms de talla, a las 16 SG debería pesar entre 52.4 y 68.0 Kg, a las 20 SG entre 56.4 y 69.1, a las 28 SG entre 60.5 y 72.0 Kg y a las 36 SG entre 62.2 y 73.7 Kg.

Observe estos dos ejemplos de gestantes de 152 a 154 cms de talla, en quienes se desconoce su peso pre-gestacional y que fueron captadas a las 16 SG con citas subsecuentes para APN similares. En el ejemplo 1 hay buen progreso en la ganancia del peso materno. En el ejemplo 2, la gestante tenía malnutrición, la que mejoró en las dos APN siguientes, pero esta ganancia de peso se detuvo en el último periodo.

Ejemplo 1: Talla de la gestante: 152-154 cms		Ejemplo 2: Talla de la gestante: 152-154 cms	
Peso para esa talla	Peso en esta APN	Peso para esa talla	Peso en esta APN
16 SG: 47.3 - 61.4 Kg	54.3 Kg	16 SG: 47.3 - 61.4 Kg	48.0 Kg
20 SG: 51.0 - 62.4 Kg	56.7	20 SG: 51.0 - 62.4 Kg	55.0
Kg		Kg	
28 SG: 54.6 - 65.0 Kg	59.8 Kg	28 SG: 54.6 - 65.0 Kg	59.8 Kg
36 SG: 56.2 - 66.6 Kg	61.4 Kg	36 SG: 56.2 - 66.6 Kg	59.8 Kg

--	--

- **Presión Arterial (PA):** La tensión máxima y mínima expresada en mm Hg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma, en el brazo hábil, con manguito a la altura del corazón.
- **Altura Uterina:** Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio. Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de la altura uterina con un punto. Una con línea continua los puntos entre las APN realizadas. Los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90. Las mismas curvas nos dicen cuánto es el incremento normal de altura uterina de la embarazada. Por ejemplo, a las 16 SG, el rango de incremento de altura uterina es de entre 12 y 17 cms, a las 20 SG es de entre 15 y 21 cm, a las 28 SG entre 22 y 27 cms, a las 36 SG entre 28 y 33 cms. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de altura

uterina, cuando haya disminución o la línea se haga plana. Correlacionar los valores de incremento de peso materno con los de incremento de altura uterina.

- **Presentación:** Para la presentación, escribir “cef” (cefálica), „pelv” (pelviana) o “transv” (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente.
- **Frecuencia Cardíaca Fetal en latidos por minuto (FCF lpm):** Anotar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.
- **Movimientos Fetales:** Anotar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación. positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha
- **Proteinuria:** Marcar Negativo (-) o Positivo (+), la presencia o no de proteínas en las cintas de uro análisis efectuado a la embarazada.
- **Signos de alarma, exámenes, tratamientos:** Describir los hallazgos más relevantes encontrados en la atención prenatal.
- **Iniciales del personal de salud:** Anotar las iniciales del personal de salud que lo efectúa.
- **Fecha de próxima cita:** Anotar la fecha de la próxima cita. Explicarle a la embarazada el lugar donde se anota esta fecha en el carné perinatal.

En aquellas situaciones que por la edad gestacional no aplique efectuar alguna de estas prestaciones (por ejemplo, presentación fetal antes de las 28 semanas), se anotará NC (no corresponde).

III. Factores de riesgos

A. Definición

Según MINSA (2008) para la clasificación del tipo de embarazo y aplicación de las conductas a seguir en las atenciones prenatales, se definen a continuación los tipos de factores de Riesgo (probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir) según su asociación con el daño que producen. (Pag 87)

- B. **Factores de Riesgo Potenciales:** Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño en base a las estadísticas disponibles, es decir, se conviertan en factores de riesgo Real:

1. FACTORES DE RIESGO POTENCIALES

- Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)
- Periodo intergenesico corto (menor a 24 meses)

- Analfabeta
- Soltera
- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares
- Paridad (nuli o multiparidad)
- Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress)
- Violencia en el embarazo

C. **Factores de Riesgo Reales:** Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son algunas patologías específicas relacionadas con la gestación múltiple, Preeclampsia, diabetes, anemia, etc.

1. Preconcepcionales	2. Del Embarazo
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes. • Infecciones de transmisión sexual/VIH-SIDA. • Hipertensión arterial. • Tuberculosis. • Otras patologías ginecológicas (cirugías Pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico). • Neuropatías. • Cardiopatías. • Várices en miembros inferiores • Hepatopatías. • Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción. • Endocrinopatías. • Trastornos psiquiátricos. • Factor Rh (-). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperémesis gravídica no controlable. • Antecedentes de Aborto diferido y muerte fetal ante parto. • Anemia. • Infección de Vías Urinarias. • Poca o excesiva ganancia de peso. • Hipertensión inducida por el embarazo. • Embarazo múltiple. • Hemorragia. • Retardo del crecimiento intrauterino. • Rotura Prematura de Membranas. • Enfermedades endémicas y embarazo. • Psicopatologías. Persona que Vive con el Virus del Sida (PVVS). • Rotura Prematura de Membranas. • Infección ovular. • Presentación Pélvica y Situación transversas después de 36 semanas. • RH negativo sensibilizado. • Embarazo Prolongado. • Diabetes en el Embarazo. • Cesárea anterior. • Adolescentes con riesgos activos. • Macrostomia Fetal. • Alcoholismo y drogadicción.

Toda embarazada tiene el riesgo de presentar complicaciones obstétricas en el transcurso de su embarazo el cual se puede disminuir identificándolas precozmente o bien dándoles seguimiento de forma adecuada es por esto que:

Para la salud prenatal se insiste en la importancia de realizar precozmente antes de las 12 semanas y asistir a los controles en las fechas marcadas con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal y materna y así identificar, de la forma más posible aquellas situaciones que pueden influir de modo negativo en el transcurso de la gestación (Valles Fernández, S/Año, pág. 63)

Dicho lo anterior se puede decir que realizando una buena valoración se obtendrá una buena información de la gestante de tal manera que se podrá llevar a cabo un buen embarazo a término

D. Factores de riesgo por trimestres:

1. I trimestre:

1.1. Hemorragias

1.1.1. Amenaza de aborto

Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontaneo antes de las 20 semanas de embarazo. Se acompaña de amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio, acompañado o no de sangrado transvaginal sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero es acorde a la edad gestacional. “Es un factor de riesgo por primiparidad, edades extremas de la vida reproductivas (menor de 15 y mayor de 35), multiparidad, antecedentes de abortos previos, infección urinaria, practica de maniobras abortiva en el embarazo actual” (MINSA, 2013, pág. 29).

1.1.2. Aborto:

Es la interrupción espontanea o provocada del embarazo ante de las 20 semanas de amenorrea, contando desde el primer día de la última menstruación y con un peso del producto inferior a 500gr.

1.1.3. Embarazo ectópico:

Según Schwarcz, Duverges, & Fescina (1995) Afirma: “se entiende por embarazo ectópico la nidación y desarrollo del huevo fuera del cuerpo uterino, las causas frecuente del embarazo tubárico son: salpingitis crónica, alteraciones congénitas de las trompas, endometriosis, disminución de luz tubaria por compresiones externa, alteraciones funcionales” (p.185). Es la

segunda causa de hemorragia en la primera mitad del embarazo con una frecuencia mayor en las mujeres multíparas que en las primíparas.

1.1.4. Enfermedad trofoblástica (mola hidatiforme)

Mola vesicular, mola en racimo o mixoma placentario: es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales que abarca la placenta y el resto del complejo ovular. El aumento anormal del contenido uterino provoca desprendimiento del mismo, ocasionando hemorragias continuas o intermitentes que aparece entre el segundo y el quinto mes del embarazo. (Schwarcz, Duverges, & Fescina, 1995, pág. 186)

1.2. Anemia

La anemia es la disminución de la cantidad de la hemoglobina (HB) o el número de glóbulos rojos en sangre “es la necesidad de abastecer el nuevo territorio hemático originado por la placenta provoca durante la gravidez una elevación progresiva del volumen sanguíneo a expensas del plasma” (Schwarcz, Fescina, & Duvergues, 2009, pág. 343). Comienza a partir de las 10 semanas hasta la 30 a 34 semanas, estabilizándose luego el término de esta.

Puede presentarse el multíparas, dieta inadecuada, bajo nivel socio económico, edad adolescente y aumento de la masa eritrocitaria materna.

1.3. Hiperémesis gravídica

Es un estado grave de náuseas y vomito que persiste hasta el tercer trimestre, por lo general no responden al tratamiento, es probable que resulte de una combinación de cambios hormonales y factores psicológicos como ansiedad, la angustia, el aumento de la hormona gonadotropina (hCG).

1.4. VIH

Es la enfermedad producida por un retrovirus (HIV) virus de la inmune deficiencia humana. Se caracteriza por poseer un genoma viral formado por ARN y una y una enzima catalizadora, las embarazadas infectadas con serología positiva, son en general portadoras asintomáticas.

Los factores que intervienen son: factores virales, maternos con infecciones virales, uso de drogas, relaciones sexuales sin protección y factores obstétricos por trabajo de parto prolongado, procedimientos invasivos durante el embarazo.

1.5. Infecciones Vaginales

1.5.1. Vulvo vaginitis

Se trata de proceso séptico no invasivo localizado en vaginas y vulva, que tienen en común la existencia de leucorrea acompañada de prurito y ardor y en ocasiones de dispareunia. En la infección vaginal desempeñan un papel importante los efectos estrogénicos sobre el epitelio vaginal y su contenido en glucógeno, y el tipo de flora especialmente la existencia o no del bacilo Döderlein. (Schwarcz, Fescina, & Duvergues, 2009, pág. 327)

1.5.2. Tricomoniasis vaginal

Según Schwarcz, Fescina, & Duvergues (2009) se trata de una infección vaginal producida por un parásito flagelado: *trichomonas vaginalis*. Influencia del embarazo sobre la Tricomoniasis. El embarazo no altera su frecuencia que oscila entre el 10 y el 25% en la no embarazada y el 27 % en embarazo, influencia de la Tricomoniasis sobre el embarazo hay influencia. La infección del recién nacido es infrecuente sin embargo se ha responsabilizado a la infección cérvico vaginal como factor de la RPM. (Pág. 328)

1.5.3. Infección por *haemophilus* o *gardnerella* vaginalis

“Es una infección vaginal bacteriana producida por un bastón gram negativo de la familia *haemophilus* suele estar asociado a la Vulvo vaginitis moniliasica y con menos frecuencia a la tricomoniasica” (Schwarcz, Fescina, & Duvergues, 2009, pág. 329).

1.5.4. Moniliasis o candidiasis vaginal

“Enfermedad inflamatoria de la vulva y la vagina producida por un hongo, *candida albicans* aunque en algunas ocasiones se han encontrado otros hongos como *tuloropsis glabrata* o *arachnia propionica* , de similar sintomatología y tratamiento” (Schwarcz, Fescina, &

Duvergues, 2009, pág. 328). se considera que masde 50% de las embarazadas con leucorrea presenta monilias en la secreción vaginal.

1.5.5. Infecciones por chlamydias trachomatis

“La infección genital por secreción mucopurulenta. Se asocia en el 50% de los casos a la gonococia y es responsable de las recidivas de la uretritis, luego de realizado el tratamiento anti blenorragico” (Schwarcz, Fescina, & Duvergues,2009, pág. 283).

1.6 Sifilis

“Enfermedad infecciosa de transmicion sexual producida por la espiroqueta de Schaudinn o Treponema Pallidum; es trasmitida al feto por via trasplacentaria a traves de las vellocidades coriales despues de las 18 semanas de embarazo” (Schwarcz, Fescina, & Duvergues, 2009, pág. 331). Considerada no hace muchos años como la mas importante de las enfermedades que pueden afectar a la gravida, este concepto ha variado gracias al avance de terapeutica y a la pesquisa serologica.

2. II Y III trimestre

2.1. Hemorragia

2.1.1. Placenta previa

Según Botero, Jubiz, & Henau (2000) afirma que: la implantacion de la placenta en condiciones normales, tienen lugar en el fondo del utero ya sea en la pared anterior o posterior. En la placenta previa se observa una localizacion baja en el segmento uterino inferior y siempre situada por delante de la presentación. (P.209)

Los factores de riesgo son: Edad materna avanzada mayor de 35 años, multiparidad, periodo intergenesico corto, gestación múltiple, endometritis, mal formación uterina.

2.1.2. Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada

Se define como la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 22 semanas y antes del nacimiento del feto.

Se presenta en edad mayor de 35 años, hipertensión, Preeclampsia, cicatrices uterinas previas (LUI, AMEU, miomectomia, cesárea) embarazo gemelar, Polihidramnios, RPM, multiparidad, latrogenia, antecedentes de desprendimiento previo: cordón corto, descompresión uterina brusca. (MINSA, 2013, pág. 78)

2.1.3. Ruptura prematura

Según MINSA (2013) “es completa separación del miometrio con o sin expulsión de partes fetales de la cavidad uterina a cavidad abdominal, no considerándose como la perforación trans-legrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de incisión en la operación cesárea”(P.89). Encontrando factores de riesgos tales como: Multiparidad, Desproporción Cefalo-pélvica, Hipoplasia uterina, Malformaciones uterinas, Cirugía uterina previa: Miomectomía, Cesárea Anterior (corporal, segmento corporal), plastía uterina, Periodo intergenésico de 18-24 meses de una cesárea anterior, Ruptura uterina previa.

2.2. Anomalías de las membrana feto ovulares

2.2.1. Polihidramnios

Es una alteración patológica que se caracteriza por acumulación excesiva de líquido amniótico, normalmente la cantidad es de 300 a 600ml se considera exagerado cuando al final del embarazo es mayor de 2000 ml, o los 1000ml a las 20 semanas de gestación, se asocia factores maternos y fetales como embarazos múltiples anencefalia, espina bífida y la diabetes en la madre.

2.2.2. Oligoamnios

Es un cuadro caracterizado por presentar una cantidad de líquido amniótico que no excede los 300ml. Se vincula con anomalías del aparato renal del feto (agenesia renal, riñones poli quísticos), restricción del crecimiento intra uterino, la altura uterina es menor a la edad gestacional.

2.2.3. Ruptura prematura de membranas

Se designa con el nombre de ruptura prematura de membranas a una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene antes del inicio del trabajo de parto, se presenta en: “Gestación múltiple, Polihidramnios, abrupto placentar, RPM pre término previa, desproporción pelvi fetal, mal posición fetal, desgarros cervicales, malformaciones congénitas, procesos infecciosos” (MINSA, 2013, pág. 129).

2.2.4. Infección amniótica (infección ovular, coroamnionitis)

“Es una entidad en la cual micro organismos usualmente bacterias, llegan y se multiplican en la cavidad amniótica. Puede ocurrir tanto ante la ruptura prematura de membrana como con el saco ovular íntegro” (Schwarcz, Fescina, & Duvergues, 2009, pág. 214). Los factores que

predisponen son deficiencia de la actividad anti microbiana de líquido amniótico, aumento del pH vaginal, Polihidramnios, trabajo del parto prolongado y RPM

2.2.5. Infecciones de las vías urinaria

Las infecciones urinaria son frecuente durante la gestación el diagnóstico temprano de esta es importante para evitar complicaciones los factores principales que predisponen a la infección urinaria son la uretra corta, y las estructuras anatómicas de continencia de la orina más débiles, reflujo urinario vesicouretral durante la micción, progresiva obstrucción de los uréteres que comienza a las 20 semanas, la constipación frecuente en la grávida.

2.3. Síndrome hipertensivo gestacional

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normo tensa

Factores asociados al embarazo: Mola Hidatiforme, Hidrops fetal, Embarazos múltiples, factores asociados a la madre: Edad (menor de 20 y mayor a 35 años), Raza negra, Bajo nivel socio económico, Nuliparidad, Historia familiar/personal de Preeclampsia, Stress.

2.3.1. Preeclampsia

Hipertensión arterial que aparece después de las 20 semanas de gestación con proteinuria significativa.

2.3.2. Eclampsia

Según MINSA (2013) define como “la ocurrencia de convulsiones en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con Preeclampsia y que no son explicadas por otra etiología; un 16% ocurren hasta 48 horas posteriores al parto” (p.105).

2.4. Insuficiencia cardiaca

Es un síndrome fisiopatológico que resulta de cualquier trastorno estructural o funcional del corazón que causa la incapacidad de este de llenar o bombear sangre en los volúmenes adecuados para satisfacer la demanda del metabolismo tisular. La insuficiencia cardiaca se ubica dentro de los 10 primeros lugares de causa de muerte materna sobre todo durante el II y III trimestre que es cuando se produce la descompensación dinámica de la patología producida por los cambios hemodinámicos desencadenados por el embarazo. Los factores que predisponen pueden ser causas no cardíacas y causas cardíacas.

2.5. Diabetes gestacional

Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Se hace evidente no solo el desencadenamiento de la diabetes gestacional que se presenta a partir de la semana 22 en adelante que inicia con una perturbación del equilibrio hídrico que se manifiesta a través de edemas.

2.6. Anomalías de la duración del embarazo

Se considera anomalía de la duración del embarazo cuando el parto se produce fuera del límite considerado fisiológico para la duración de la gestación (37 a 41 semanas completas)

2.6.1. Parto prematuro

“Se entiende por parto prematuro o pre termino todo embarazo que termine después de la vigésima y antes de alcanzar la trigésima séptima semana calculados desde el primer día de la última menstruación (36 semanas y 6 días)” (Botero, Jubiz, & Henau, 2000, pág. 209). Factores de riesgo: edad materna, paridad, drogas, desnutrición, diabetes, pielonefritis, anemia, pre eclampsia, eclampsia, hidramnios, presentación anormal del feto.

2.6.2. Embarazo prolongado

Se denomina embarazo prolongado o de post término a aquel cuya duración sobre pasa el límite de 293 días con 41 semanas y 6 días desde el comienzo del último ciclo menstrual. “Factores de riesgo: edad (más frecuente en las madres menores de 35 años) paridad (más frecuente en las nulíparas)” (Schwarcz, Fescina, & Duvergues, Obstetricia, 2009, pág. 230).

2.6.3. Retardo del crecimiento intrauterino

El crecimiento embrio fetal normal puede ser definido como aquel que resulta de una división y crecimiento celular sin interferencia y da como producto final un recién nacido de termino en el cual se ha expresado totalmente su potencial genética.

Factores de riesgo:

Puede ser debido a factores de riesgo fetales y maternos como: genéticos, anomalías fetales, factores endocrinos, enfermedades maternas, nutrición y factores placentarios por función vascular inadecuada.

IV. Seguimiento de factores de riesgo.

PATOLOGÍA	V. SEGUIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO
Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar a la paciente su problema y los riesgos, así como la importancia de su colaboración de acudir a la unidad de salud en caso de persistencia y agravamiento de su sintomatología. ✓ Realizar HCPS y examen físico completo. ✓ Indicar examen físico, EGO, BHC, Glicemia, RPR o VDRL, VIH, Grupo y Rh, Toxotest. ✓ Realizar exudado en caso de flujo vaginal. ✓ Descartar que el sangrado provenga de vagina o lesiones en el cérvix. ✓ Indicar reposo relativo. ✓ Evitar relaciones sexuales. ✓ Tratar enfermedad de base como las IVU, ITS y otras enfermedades. ✓ Evaluar vitalidad ovular y fetal. ✓ Si cede el sangrado y dolor continuar el manejo ambulatorio.
Aborto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar los problemas estresantes dudas y temores de la paciente y familia. ✓ Explicar a la paciente los procedimientos según formas clínicas del aborto. ✓ Orientar sobre los cuidados en el post aborto. ✓ Alargar los embarazos por lo menos dos años. ✓ Brindar consejería de métodos anticonceptivos y los relacionados al proceso de la reproducción. ✓ Explicar signos y síntomas de procesos infecciosos.
Embarazo ectópico	<p>Primer nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Toda sospecha clínicamente de embarazo ectópico, asegurar traslado de acuerdo a normativa 068 a un hospital (COE Completo). ✓ Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre, con SSN 0.9 % o hartman1000cc IV 42 gotas por minuto. ✓ Hemoglobina, Grupo y Rh, hematocrito y prueba de embarazo. <p>Segundo nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hospitalización inmediata. ✓ Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre Niveles de Fracción B- HCG. ✓ Exámenes complementarios (BHC mas plaquetas, EGO, Tipo y Rh, VIH, RPR, TP, TPT, preparar sangre). ✓ Ultrasonido para valorar el tamaño de masa anexial.
Enfermedad trofoblástica (Mola hidatiforme)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoración de la altura uterina si es mayor con relación a lo esperado. ✓ Indagar sobre los valores de hCG. ✓ Indagar si hay náuseas y vómitos intensos. ✓ Vigilar los signos vitales, la presión arterial suele elevarse más allá de las 20 semanas de gestación. ✓ Valorar la salida de sangre en busca de vesículas claras y llenas.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar resultados de hematocrito y hemoglobina por si descienden y proteinuria.
Anemia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar que tome el suplemento de hierro según indicación. ✓ Orientar sobre alimentos ricos en hierro: frijoles, cereales, leche, espinacas, carne de pollo, huevo, moronga, hígado de res. ✓ Mejorar la absorción gastrointestinal de hierro, esto se logra cuando se incluye en las comidas una fruta como melón, naranja, limón, banano, guayaba, mango, papaya o verduras como tomate. ✓ Orientar sobre las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. ✓ Realizar BHC y reportar alteraciones encontradas. ✓ Administra ácido fólico y dieta rica en ácido fólico como hojas verdes, carnes rojas, pescado, de res y carnes de aves. ✓ Orientar sobre los efectos de la anemia en el feto y la madre.
Hiperémesis gravídica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar una cuidadosa historia clínica en busca de la frecuencia, gravedad y duración de los episodios de náuseas y vómitos y factores precipitantes. ✓ Indagar síntomas como diarrea, dolor abdominal y la distensión. ✓ Realizar peso durante el embarazo y verificar si hay ganancia o pérdida de el. ✓ Realizar examen físico en busca: peso, pulso, temperatura, respiración, turgencia de la piel, humedad de las mucosas, palpación abdominal (dolor y distensión abdominal), ruidos intestinales, aliento dulce y evaluación del crecimiento fetal. ✓ Vigilar los signos de desequilibrio electrolítico y el estado nutricional. ✓ Reportar resultados de laboratorio como: hematocrito, electrolitos, enzimas hepáticas y niveles de bilirrubina, presencia de cetona en muestra de orina, creatinina, urea, ácido úrico y transaminasa. ✓ Valoración psicosocial por ansiedad, temores o preocupaciones relacionadas con su propia salud y los efectos de resultado del embarazo. ✓ Monitorizar la terapia endovenosa, administrar las drogas, suplemento nutricional. ✓ Vigilar en busca de signos de complicación, acidosis metabólicas, ictericia y hemorragia. ✓ Realizar control de ingeridos y eliminados que incluya la cantidad de hemeses y la diuresis. ✓ Ofrecer un ambiente tranquilo y libre de olores para que ayuden a la comodidad de la paciente. ✓ Dar alimentos bajos en grasa y ricos en glúcidos.
VIH	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Una vez establecido el diagnostico de positivo: Informar condición de la inspección, acciones terapéuticas, modificaciones de conducta de riesgo, riesgo de transmitir el VLH al bebé. ✓ Atención prenatal: la evaluación de la gestante según criterios clínicos, inmunológicos, virológicos, epidemiológicos y psicológicos. ✓ Vigilancia de los efectos secundarios al tratamiento retroviral y bienestar fetal. ✓ Si el diagnóstico se hace en atención primaria referir al segundo nivel para que reciba TARA (terapia antirretroviral activa).

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si recibe TARA en el segundo nivel, seguir el control prenatal en su unidad.
Infecciones vaginales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción de una conducta sexual segura ✓ Elaboración de programas para el uso del condón que incluyan diversas actividades, desde la promoción del uso del condón hasta la planificación y el manejo de insumos y su distribución. ✓ Promoción de conductas tendientes a la búsqueda de la atención sanitaria ✓ Integración de la prevención y el manejo de la ITS en los centros de primer nivel, los centros de salud reproductiva, clínicas y otras instituciones ✓ Servicios específicos para poblaciones en riesgo, como trabajadores sexuales de sexo femenino y masculino, adolescentes, conductores de camiones de larga distancia, personal militar y población privada de la libertad ✓ Manejo integral de casos de ITS ✓ Prevención y manejo de la sífilis congénita y la conjuntivitis neonatal ✓ Detección precoz de infecciones sintomáticas y asintomáticas.

Fuente: Autoría propia

PATOLOGÍA	SEGUIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO
❖ Hemorragias II trimestre Placenta previa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Referir al segundo nivel de atención (COE completo) para su manejo y tratamiento. ✓ Indicar reposo en cama mientras se prepara para su traslado. ✓ Canalizar una o dos venas con branula #16 y administrar cristaloides Ringer, Hartman, SSN según sangrado. ✓ Vigilar signos vitales según intensidad de sangrado y signos de descompensación. ✓ Iniciar madures pulmonar fetal. ✓ Realizar especulocopia, no tacto vaginal. ✓ Mantener a la paciente en posición trendelenburg.
Desprendimiento de la placenta normalmente insertada (DPPNI).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reposo absoluto en cama mientras se realiza el traslado. ✓ Canalizar dos venas con branula # 16 y administrar cristaloides, Ringer, SSN según estado hemodinámico de la paciente o signos de shock hipovolémico. ✓ Vigilar signos vitales cada 15 minutos. ✓ Colocar sonda Foley para cuantificar diuresis. ✓ Iniciar madures pulmonar fetal. ✓ Monitorear vitalidad ovular y fetal.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar a la paciente en posición trendelenburg.
Ruptura uterina	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo en el Primer Nivel de Atención. De la comunidad o ya sea del puesto o centro de salud referirla a la unidad con capacidad resolutive (COE completo). ✓ N.P.O. ✓ Antibiótico como tratamiento. ✓ Canalice dos venas con bránula No.16 afín de administrar (cristaloides). Según estado hemodinámico de la paciente o signos de choque hipovolémico maneje según protocolo de shock hemorrágico de origen obstétrico. ✓ Oxigenoterapia 5-7l/ml por cánulas nasal o con máscara con reservorio a 12–15 l/min. ✓ Sonda Foley vigilar diuresis horaria. ✓ Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal. ✓ Durante el traslado, mantenga la vía intravenosa permeable y en posición de Trendelenburg, que puede modificarse a decúbito lateral izquierdo, sobre todo si el feto está vivo. ✓ Reportar el traslado a la unidad de salud del nivel de mayor resolución. ✓ Manejo en el Segundo Nivel de Atención: ✓ Transfundir paquete globular según evaluación y sea necesario. ✓ Administrar oxígeno, a 6 ú 8 litros por minuto por mascarilla nasal. o con máscara con reservorio a 12 – 15 l/min. ✓ Tomar muestras de sangre para exámenes de laboratorio básicos Biometría Hemática Completa, Grupo y Rh. Glucosa, Creatinina, Nitrógeno de Urea) y exámenes especiales como pruebas de coagulación sanguínea (Tiempo Protrombina, Tiempo Parcial de Tromboplastina, Recuento de Plaquetas, Fibrinógeno, Tiempo de Sangría, Tiempo de Coagulación). - Informar a la paciente y familiares sobre el estado, riesgos y la conducta terapéutica a seguir.
❖ Anomalías de las membranas feto ovulares: Polihidramnios	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar las curvas de incremento materno y de incremento de altura uterina. ✓ Indagar en busca de antecedentes de embarazo gemelar. ✓ Buscar en ultrasonido si se refleja mal formaciones congénitas. ✓ Indicar la importancia de sus controles prenatales. ✓ Interrogar si hay disminución de movimientos fetales y control de la frecuencia cardiaca fetal. ✓ Interrogar si hay presencia de dolor abdominal y en la región de los muslos.

Oligoamnios	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar presencia de alteraciones en la frecuencia cardiaca. ✓ Vigilar curva de ganancia de peso materno y altura uterina suele estar por debajo de lo esperado para la edad gestacional. ✓ Referir a la paciente para su adecuada valoración con el obstetra. ✓ Control prenatal según evolución del caso. ✓ Explicarle la importancia de realizarse los exámenes de laboratorios, ultrasonido.
Ruptura Prematura de membranas. (RPM)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar signos vitales maternos y FCF. ✓ Reportar datos de laboratorio: leucocitosis mayor de 18000. ✓ Observar el líquido amniótico en busca de purulencia y mal olor. ✓ Vigilar actividad uterina, observar contracciones o irritabilidad del útero, no efectuar exploración vaginal de ninguna clase. ✓ Administración de primera dosis de antibiótico y uso de toallas higiénicas estériles.
Infección de vías urinarias.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar tratamiento : Nitrofurantoina 100mg vía oral cada 12 horas por 10 días ✓ Cefalexina 500mg, c/6 horas por 7 días, vía oral ✓ Acetaminofen 500 mg c/6 horas, vía oral ✓ Dar Nitrofurantoina y Vitamina C 500mg por día por 10 días y luego Nitrofurantoina 50mg diarios hasta completar los 30 días o hasta el fin del parto. ✓ Orientar a la paciente los riesgos en el embarazo e importancia del tratamiento. Reposo según el cuadro clínico. Ingesta de líquidos forzados 3 a 4 litros por día. ✓ Explicar cuándo debe regresar al unidad ✓ Evaluar presencia de dinámica uterina (uteroinhibidor y maduración pulmonar) ✓ Realizar urocultivo cuantitativo a las 6 semanas de post parto a las mujeres que han presentado bacteriuria durante la gestación
❖ Síndrome hipertensivo gestacional: Preeclampsia	<p>Manejo en el Primer Nivel de Atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reposo relativo. ✓ Dieta hiperproteica, normo sódica, aumento de la ingesta de líquidos. ✓ Informar a la paciente y la familia acerca de señales de peligro de Preeclampsia grave, Eclampsia y sobre signos de bienestar fetal. ✓ Embarazo entre 24 a 34 semanas y 6/7, indique maduración pulmonar (Dexametazona 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis, ciclo único). ✓ Alfa Metil Dopa (P.O.) en dosis de 250mg cada 8 horas. ✓ Se deberá evaluar el bienestar fetal: movimientos fetales (más de 10 en 1 hora), perfil biofísico y monitoreo Fetal No Estresante (NST) 2 veces por semana (si están disponibles). Si se identifica alguna alteración materno-fetal refiera a la unidad de salud de mayor resolución. ✓ Vigile P/A dos veces por semana. ✓ Control de peso materno semanal y el porcentaje de incremento de peso.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigile presencia de proteinuria en cinta reactiva dos veces por semana. Si se encuentra proteína en cinta reactiva ≥ 2 cruces (++) , remitir al hospital ✓ Biometría hemática completa, recuento de plaquetas, ácido úrico, creatinina, examen general de orina, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, cada 15 días. Si la paciente persiste con P/A diastólica entre 90mmHg y 100 mmHg refiera al hospital. • Si la paciente llega con P/A diastólica ≥ 110 mmHg y sistólica 160 mmHg, proteína en cinta reactiva ≥ 3 cruces (+++) y signos de inminencia de eclampsia, iniciar terapia de Preeclampsia grave y referir a la unidad de salud de mayor resolución correspondiente ✓ . Pacientes con embarazos ≥ 34 semanas, referir a Alto Riesgo Obstétrico del hospital de referencia. ✓ Fortalecer las acciones que se orientan en el Plan de Parto (Consejería sobre señales de peligro, uso de la casa materna y del parto institucional) y del Censo Gerencial (marcar y garantizar seguimiento por factores de riesgo o por enfermedad activa).
Insuficiencia cardíaca.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educación de la paciente y su familia: brindarle conocimientos sobre la enfermedad y bases del tratamiento. ✓ Las actividades físicas deben estar adaptadas a su capacidad física, la inactividad física es perjudicial. ✓ Realizar ejercicio como: caminar 20 a 30 minutos, 4 ó 5 veces por semana. ✓ Evitar los esfuerzos violentos e isométricos. ✓ Durante la descompensación se aconseja el reposo durante los primeros días iniciando tan pronto como sea posible la deambulacion precoz para evitar los efectos indeseables de la inmovilización. ✓ Evitar los viajes largos en avión, debido al riesgo de desarrollar edema maleolar e incluso trombosis en las extremidades inferiores. ✓ Realizar exámenes complementarios mensualmente: urea, creatinina, ácido úrico, biometría hemática completa, examen general de orina, ecografía. ✓ Evitar la ingesta de medicamentos que tengan solio y agua (AINES, esteroides).
Diabetes gestacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar historia clínica completa buscando antecedentes familiares de obesidad y diabetes, así como la existencia de fetos macrosómicos. ✓ Valorar en cada control altura uterina, cantidad de líquido amniótico, y realizar prueba de bienestar fetal. ✓ Realizar control glucémico con tiras reactivas, glucemia en ayuna o postprandial en cada consulta, realizar control urinario: se debe determinar la cetonuria en cada consulta para detectar la ingesta inadecuada de los hidratos de carbono. ✓ Control de las pacientes que reciben insulina. ✓ Orientación individual sobre dietoterapia ya que constituye un tratamiento fundamental para este tipo de diabetes. ✓ Si reciben insulina tratar de mantener los niveles de glucemia entre 70 y 105 mg/100ml.

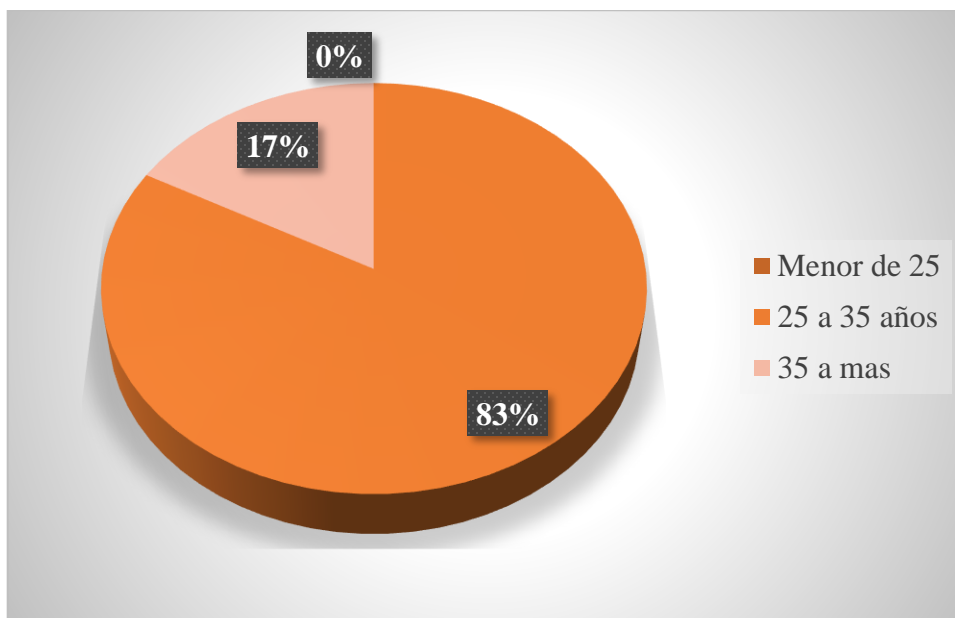
❖ Anomalías de la duración del embarazo Parto prematuro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoración inicial acerca de la salud e historial obstétrico, además de la evaluación actual. ✓ Valoración del feto para determinar tamaño y madurez. ✓ Control de frecuencia cardíaca fetal en busca de sufrimiento fetal agudo. ✓ Valoración de indicios de parto y los efectos secundarios del tratamiento de la madre y del feto. ✓ cumplir estrictamente el reposo absoluto y dosis de medicamento ✓ no administrar nifedipina a pacientes con presión arterial menor 110/70. ✓ Vigilar los líquidos parenterales para evitar sobredosis del medicamento y la sobre hidratación. ✓ Control de actividad uterina y signos vitales maternos. ✓ mantener a la paciente en decúbito lateral para minimizar el riesgo de hipotensión supina ✓ reclamar y reportar resultados de exámenes de laboratorio. ✓ Orientar los signos y síntomas del parto ante los cuales debe ir al hospital.
--	--

Fuente: Autoría propia.

Análisis y descripción de los resultados

Figura # 1

Edad del personal de salud que llena los segmentos de la Historia Clínica Perinatal



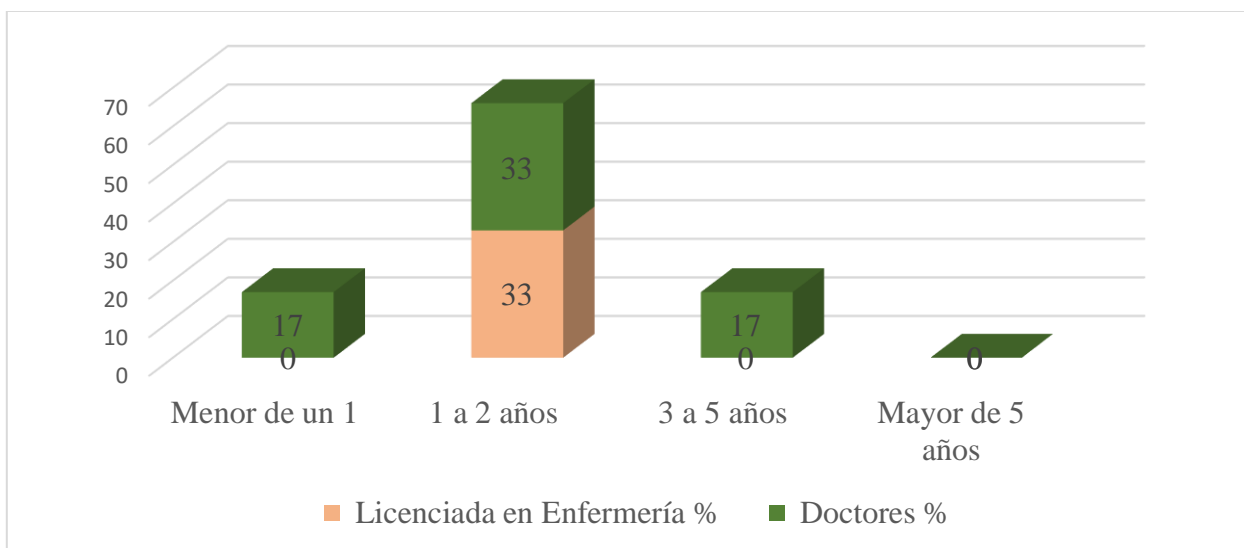
Fuente: Encuesta

El personal de salud del Centro de Salud Francisco Morazán es bastante joven se encuentra en las edades óptimas con un 5(83%) que se encuentra entre las edades de 25 a 35 años y 1(17%) que son mayores de 35 años.

Según el Ministerio de Nicaragua dice que hay un 76.4% del personal de menores de 40 años de edad es decir que se trata de un colectivo muy joven. Es de gran importancia conocer estas características porque de esta manera conocemos que edad es la que prevalece en el personal de salud que llena actualmente la Historia Clínica Perinatal.

Figura # 2

Nivel de profesionalización y antigüedad del personal de salud que labora en el Centro de Salud Francisco Morazán



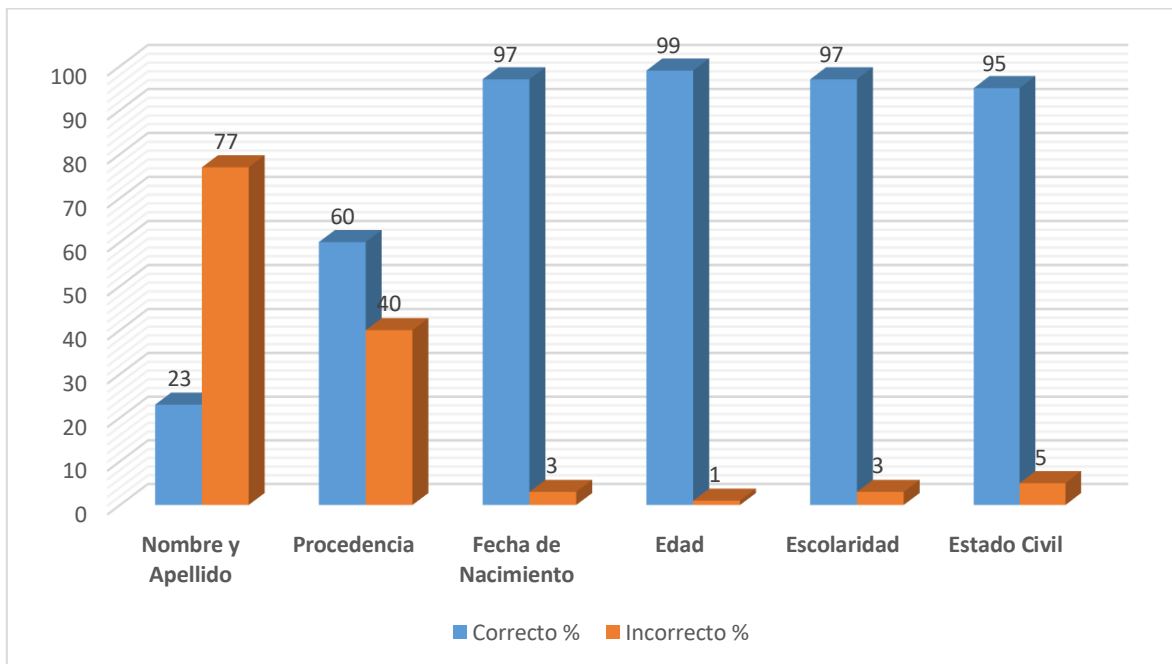
Fuente: Encuesta

Según la gráfica de profesionalización y antigüedad del personal de salud se refleja que en los años óptimos de 1 a 2 años es de 33% tanto para el personal de enfermería como para el personal médico seguido de 3 a 5 años con un 17%, mientras que en los años extremos predomina el personal médico menor de 1 año con un 17%. Según los datos obtenidos en el llenado de instrumento en el Centro de Salud Francisco Morazán, el personal de salud tiene nivel académico óptimo para brindar una atención con calidad a las embarazadas.

El nivel de profesionalización son los años académicos en el que se estructura el sistema educativo formal, que corresponde a las necesidades individuales de las etapas del proceso Sico – físico- evolutivo articulados con el desarrollo. A mayor nivel de profesionalización es mayor la amplitud del conocimiento. Estas dos características se relacionan ya que a mayor año laborando existe una gran posibilidad de alcanzar mayor nivel de profesionalización, pero, sin embargo, según la información recopilada el personal de salud no implementa sus conocimientos, cometiendo los mismos errores a pesar de su antigüedad, ya que esto se basa en los conocimientos propios y la motivación del trabajo de cada uno.

Figura # 3

Llenado de los datos patronímicos de la Historia Clínica Perinatal



Fuente Revisión Documental

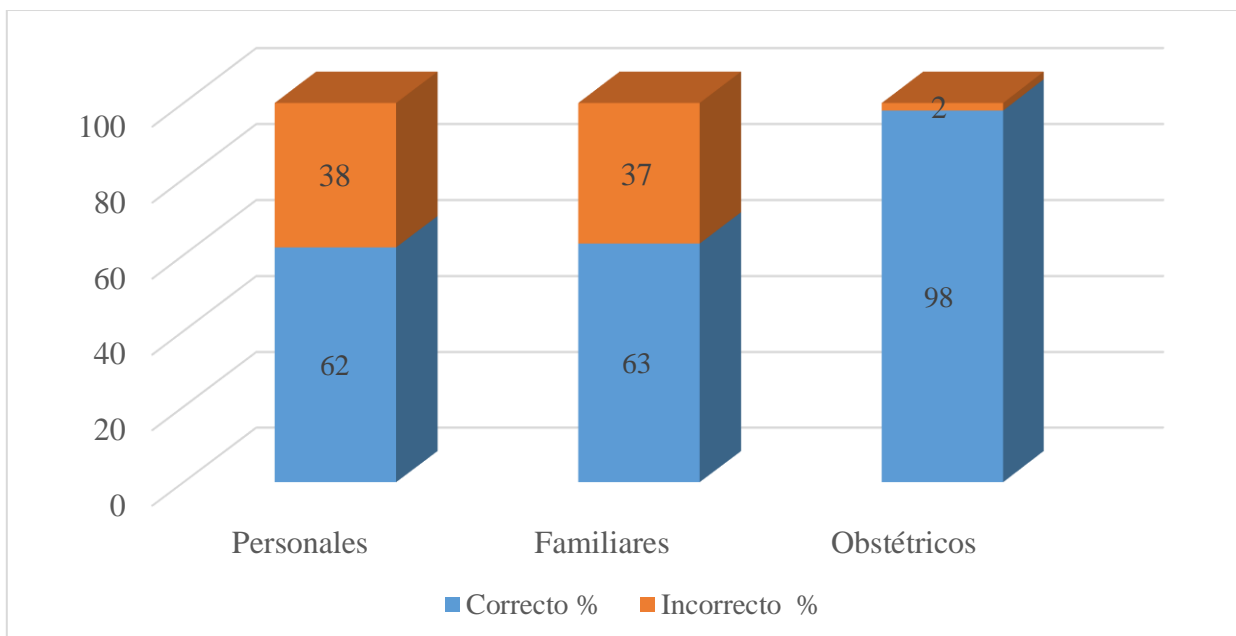
Según los datos obtenidos entre un 95 y 99% lo hacen correctamente, sin embargo, en el estudio se observa que hay un mayor incremento en el llenado incorrecto del nombre y apellido con un 129(77%) y de estas encontramos que hay un descenso con un 39(23%)

Por otro lado, se obtuvo que hay una mayor elevación en el llenado correcto de procedencia con un 101(60%), en el que también se encontró que en el llenado incorrecto hay un 67(40%);

Según la normativa 106 para el manual de llenado de la Historia Clínica Perinatal dice que se debe proceder a llenar los datos correctamente sin omitir ninguno de estos, para así tener un registro y un control de la información, siendo de gran importancia obtener el nombre completo y dirección correcta según cédula ya que por medio de esto le facilita al personal realizar visitas domiciliarias de tal manera que se le brindará un seguimiento adecuado a la gestante.

Figura # 4

Llenado de los antecedentes familiares, personales y Obstétricos de la HCP



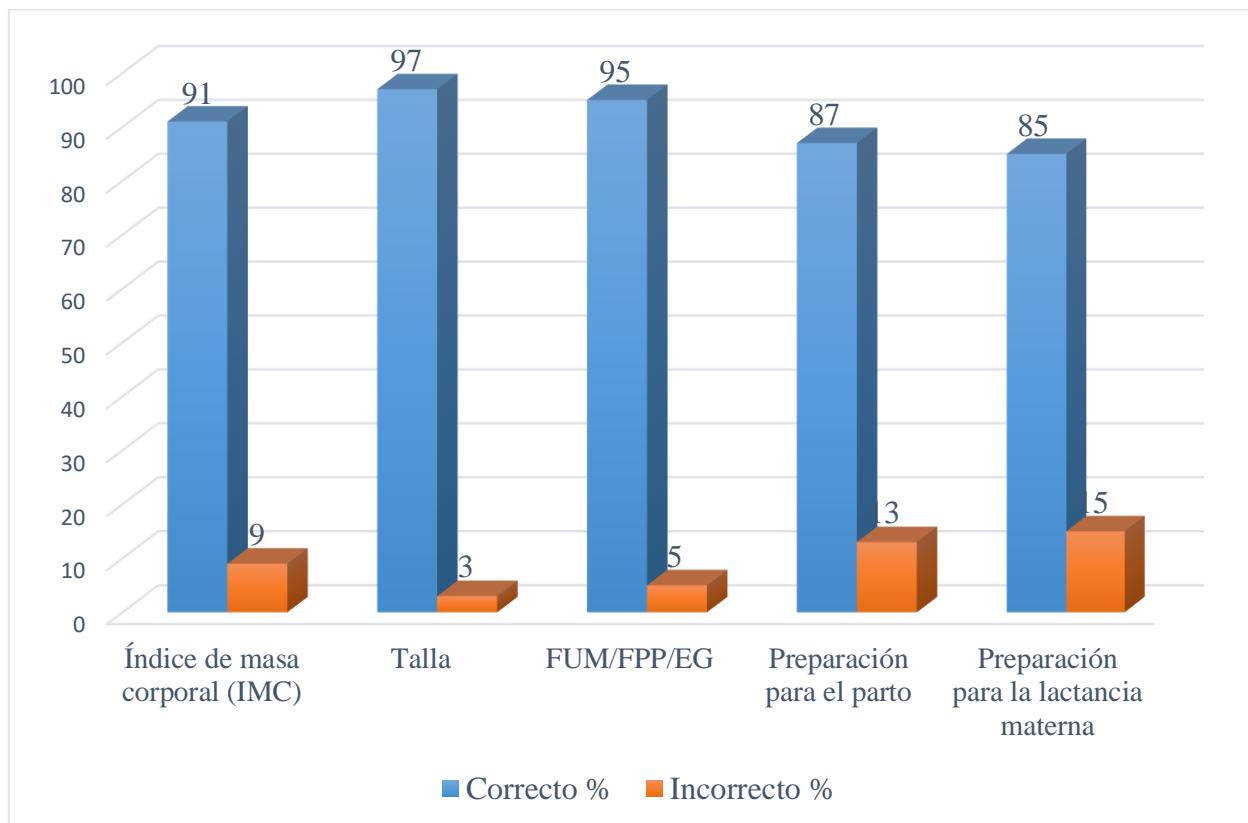
Fuente: Revisión Documental

Según los datos obtenidos se encontró que hay un incremento en el llenado incorrecto de los datos personales con un 64(38%) y con un 62(37%) en los familiares. Cabe mencionar que el llenado de estos datos es de gran importancia para el personal de salud ya que por medio de esto se identifican los factores de riesgo potenciales, los cuales si no se toman las medidas necesarias pueden llegar a desencadenar factores de riesgos reales que afecten tanto a la madre como al feto. En los antecedentes familiares se trata de saber si entre personas vinculadas por parentesco de primer grado a la embarazada existen patologías que obliguen a adoptar medidas especiales de diagnóstico y tratamiento.

Según la norma estos datos son antecedentes familiares y propios de la embarazadas donde se debe marcar en el círculo con ☒ la que se valoran a través de un sistema de alerta visuales lo que le permite al personal de salud reconocer oportunamente todos los factores de riesgo existente en cada paciente, pero según los resultados el personal de salud marca con una sola línea vertical todos los círculos, es decir, no cumplen con la normativa del llenado, por lo cual este fallo por el personal de salud es debido a que no realizan una anamnesis adecuada.

Figura # 5

Llenado de los datos de la gestación actual de la HCP



Fuente: Revisión Documental

Según el gráfico se obtuvieron los resultados que entre un 85 y 90% del personal de salud están realizando un correcto llenado de estas actividades de la Historia Clínica Perinatal Simplificada. Sin embargo, también se encontró que entre un 9 y 15% hay un leve descenso de llenado incorrecto en relación al Índice de Masa corporal, lo cual este dato es de gran importancia para el personal ya que por medio de esta se identifica si la gestante está en un estado nutricional adecuado.

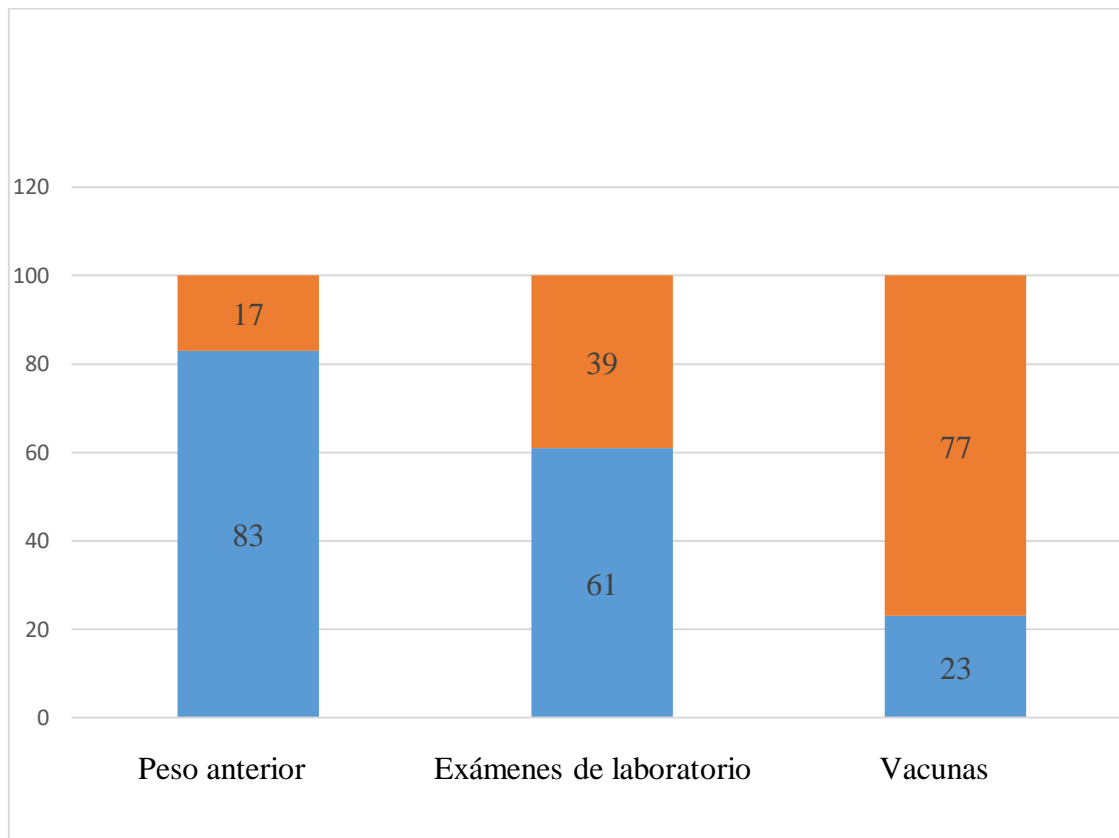
El término preparación para el parto es garantizar la educación para su atención (plan de parto), además es una oportunidad para informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que

ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros, una de las respuestas negativas al no cumplir con esta actividad es que el Recién Nacido presente complicaciones como es frecuente el Caput succedaneum, debido a que la gestante puja antes de tiempo lo que ocasiona presión sobre el útero y pared vaginal o por otra parte no pone en práctica las técnicas de respiración y relajación durante y después de las contracciones como resultado de no haber recibido una buena educación para su plan parto.

Es importante brindar la consejería de lactancia materna exclusiva ya que este es el primer alimento natural de los Recién Nacidos, lo cual proporciona toda la energía y nutrientes que necesita durante los primeros meses de vida, así como también se adecuan de acuerdo a su desarrollo y crecimiento. En consecuencia, de no brindar información sobre la Importancia y ventajas de la lactancia materna es que la madre se deje estereotipar de los mitos y creencias.

Figura # 6

Llenado de los datos de la gestación actual de la HCP



Fuente: Revisión Documental

Según el gráfico se obtuvo los siguientes resultados que en el llenado incorrecto de las vacunas hay un 129(77%), en los exámenes de laboratorios hay un 66(39%) y en el peso anterior hay un leve incremento con un 29(17%) de datos incorrectos, siendo entre un 23 y 83% de datos correctos.

Es importante reflejar la aplicación de la vacuna antitetánica en la Historia Clínica Perinatal, ya que esto servirá de guía para el personal que atienda a la gestante en los controles posteriores. De igual manera la aplicación de esta vacuna ayudará a evitar la contaminación del feto por la toxina de la bacteria clostridium tétani, evitando así la muerte del neonato, por complicaciones

generadas por esta bacteria. Sin embargo, según los datos obtenidos se observó que el personal no está registrando según este dato según norma ya que colocan en el margen de la Historia Clínica Perinatal Simplificada y no especifican en que semana de gestación se le aplicó.

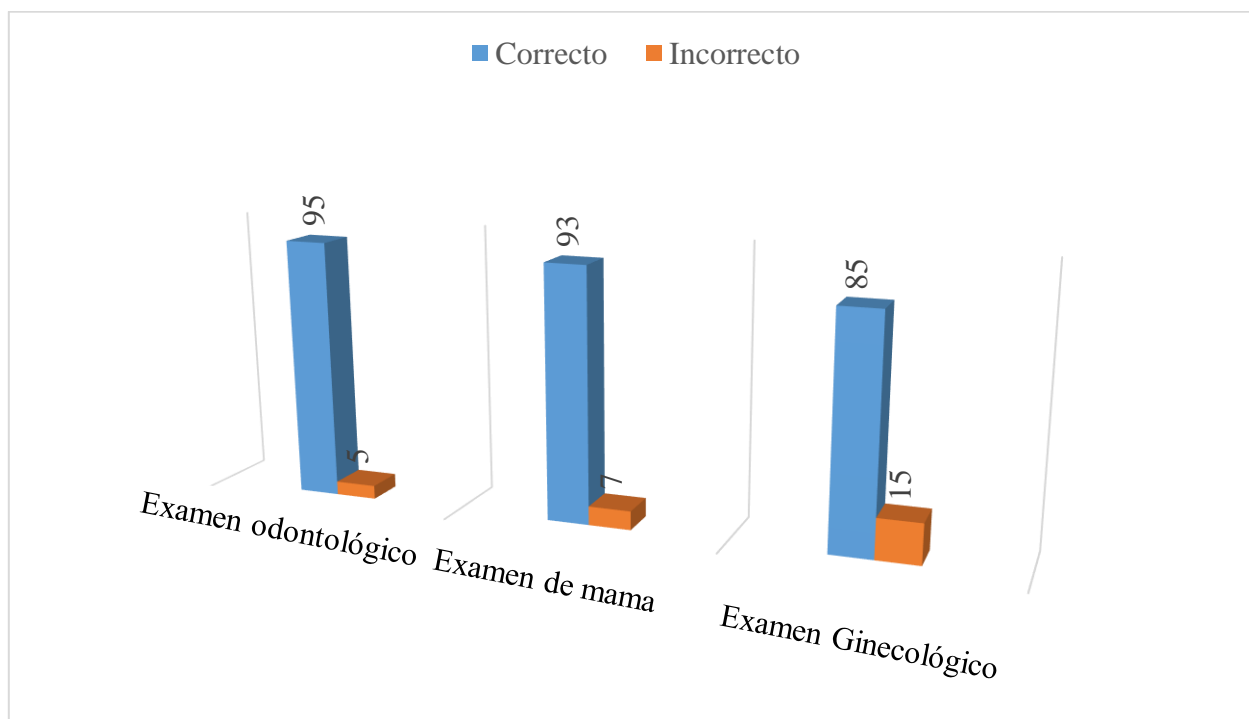
Con respecto a los exámenes de laboratorios el cumplimiento de estos es importante, ya que la Biometría Hemática permite medir los componentes sanguíneos y descartar una anemia que podría generar complicaciones en el embarazo y el parto ante la presencia del Retardo del Crecimiento Intrauterino o una hemorragia post parto por la presencia de anemia en el embarazo. La química sanguínea es un estudio de la alteración de glucosa y ácido úrico, permite detectar oportunamente alteraciones metabólicas como la diabetes gestacional y permite prevenir complicaciones en el embarazo. La identificación del grupo sanguíneo detecta el factor Rh y el grupo sanguíneo de la madre, con el fin de prevenir una posible incompatibilidad del Rh entre la madre y el hijo, lo cual podría ser peligroso para el desarrollo del embarazo.

El examen de RPR es un estudio que se realiza en sangre, para la detección de la enfermedad de la sífilis ya que esta podría producir un aborto espontaneo o la contaminación del bebé, de igual manera se debe realizar una prueba para detectar el virus de VIH, es importante realizarla para reducir el riesgo de contaminación del bebe por la transmisión vertical. Mientras que la realización de una examen general de orina detecta si hay presencia de infecciones de vías urinarias lo cual puede conllevar a otras complicaciones como parto pre término. Sin embargo, según la información recolectada se obtuvo que el personal de salud no refleja los exámenes de laboratorios, así como también no valoran los resultados ya que no los registran en la nota de evolución.

Por otra parte es importante registrar el peso anterior ya que por medio de este dato el personal de enfermería evaluará el incremento de peso materno durante la gestación y de esta manera podrán identificar factores de riesgo que afecte al feto como son frecuente Polihidramnios, Oligoamnios, Macrosomía fetal entre otros.

Figura # 7

Llenado de los datos de la gestación actual de la HCP



Fuente: Revisión Documental

Según la gráfica se obtuvieron resultados entre un 85 y 95% de datos correctos y con una mínima de un 5 y 15% de datos incorrectos.

La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). Este examen es de gran importancia ya que se evalúa la presencia de caries y sarro lo que puede provocar en la gestante un parto pre término, Recién nacidos con bajo peso al nacer y Preeclampsia las cuales se pueden evitar identificándolas precozmente y tomando las medidas necesarias.

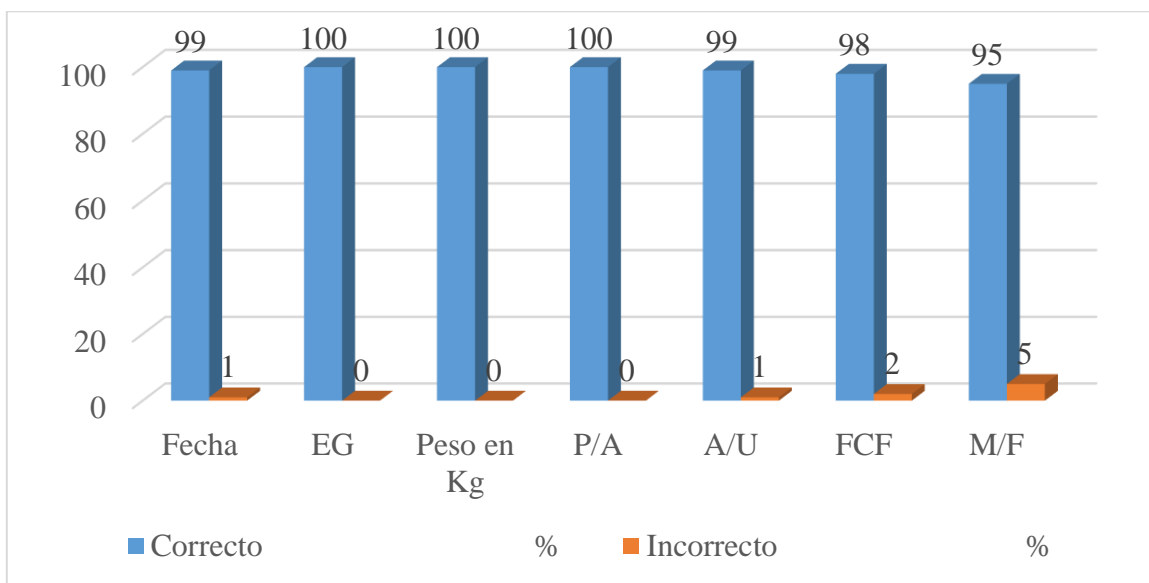
Con el examen de mama se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna como pezones invertidos o planos y eventuales así como también patologías tumorales evidentes, de esta manera se valora que pezón tiene la paciente y

así prepararlo para un buen amamantamiento mediante la consejería y la realización de técnica de extracción de pezón. Como consecuencia de no realizar estas actividades la puérpera no podrá brindar lactancia materna ya que el bebé no realizará un buen agarre debido a que no se preparó el pezón durante la gestación.

El Papanicolaou tiene como fin estudiar los cambios anormales de las células del cuello de la matriz, algunos de ellos pueden ser causados por el virus del papiloma humano, y puede indicar un riesgo de cáncer o un cáncer ya existente. La detección temprana de células anormales en el cuello de la matriz, seguido del tratamiento adecuado y a tiempo, ofrecen una forma de prevenir el progreso de cualquier problema. A su vez detecta infecciones por Hongo y otros tipos de infecciones bacterianas. Estas últimas llamadas vaginosis bacterianas se asocian a los partos pre términos. Es por esta razón que se debe hacer énfasis en este examen y así prevenir que se desencadene posibles complicaciones. Según el estudio se obtuvo que el personal de salud está realizando un buen llenado de estos exámenes.

Figura # 8

Llenado de los datos de la atención prenatal de la HCP



Fuente: Revisión Documental

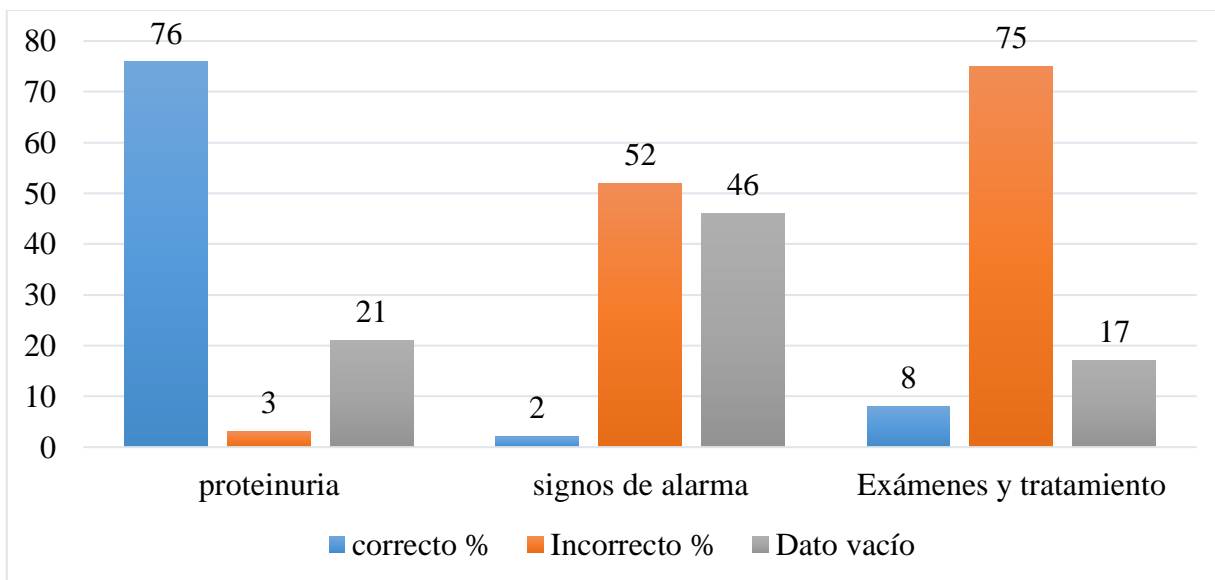
Según la gráfica se obtuvo que un 95 y 100% está realizando un llenado correcto lo que significa que están llevando un buen control en estas actividades ya que están registrando todos los datos que se pide según norma. De esta manera se podrá llevar un embarazo a término, el llenado de estos datos es de gran importancia ya que la alteración de uno de ellos es un signo de alarma y nos indica que decisiones tomar.

La alteración de la presión arterial puede estar relacionada al Síndrome Hipertensivo Gestacional o bien a Preeclampsia por lo que alerta al personal de salud a tomar medidas necesarias y brindar seguimiento para descartar falsos negativos y así dar un diagnóstico acertado.

La auscultación y palpación de los movimiento fetales nos indican la vitalidad fetal por tal razón que si hay una disminución de estos dependiendo de la edad gestacional en la que se encuentra nos puede indicar que hay un sufrimiento fetal.

Figura # 9

Llenado de los datos de la atención prenatal de la HCP



Fuente: Revisión Documental

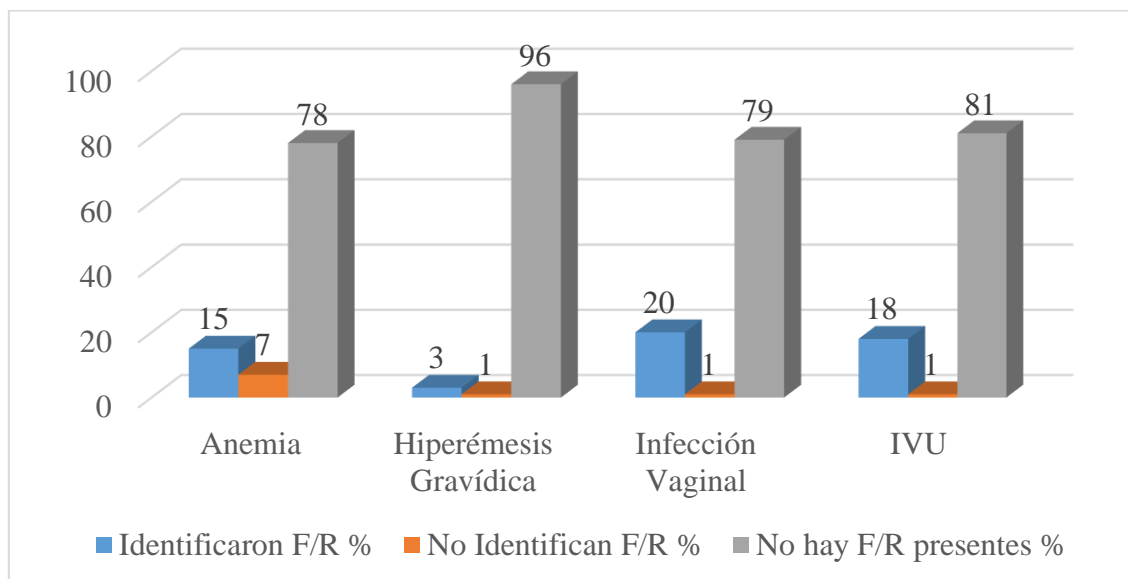
Según la gráfica se obtuvieron datos los cuales están realizando un llenado incorrecto como son exámenes y tratamientos con un 125 (75%) así como también un 87(52%) en signos de alarma. Por consiguiente también se obtuvieron datos vacíos en exámenes y tratamientos con un 29(17) y en signos de alarma un 78(46), al igual en proteinuria hay un 36(21%).

Estas actividades así como el resto de los datos de la Historia Clínica Perinatal son de gran importancia para el personal de salud, ya que por medio de esto, se dan cuenta cómo se va desarrollando el embarazo, y registrando estos datos en dicho documento sirve de guía para el personal de salud que atienda los controles prenatales posteriores y así este también evaluara cómo evoluciona en caso de encontrar factores de riesgo.

En caso de no realizar estas actividades, o no registrarlas aumenta el riesgo de que la gestante presente complicaciones al no ser tratada, es importante explicar a la gestante sobre signos de alarma que puede presentar durante el embarazo de igual manera indagar si ha presentado alguno de estos, en tal caso reflejarlo en la Historia clínica perinatal simplificada así como también en la nota de evolución para darle un seguimiento adecuado.

Figura # 10

Patologías frecuentes en el primer trimestre



Fuente: Revisión Documental

Según la gráfica se obtuvieron datos entre un 78 y 96% en las cuales no hay factores de riesgos presentes pero sin embargo, se encontró que la patología más frecuente es la Infección vaginal con un 33(20%) seguidamente la Infección de las Vías Urinarias con un 30(18%), anemia con 25(15%) y por ultimo Hiperémesis Gravídica con un bajo incremento de 6(3%).

También se encontró que un 12(7%) de gestantes presentaron esta patología (Anemia) sin embargo el personal de salud no la identificó.

Las infecciones urinaria son frecuente durante la gestación el diagnóstico temprano de esta es importante para evitar complicaciones, los factores principales que predisponen a la infección urinaria son la uretra corta, y las estructuras anatómicas de continencia de la orina más débiles, reflujo urinario vesicouretral durante la micción, progresiva obstrucción de los uréteres que comienza a las 20 semanas, la constipación frecuente en la grávida. No obstante según los resultados encontrados esta patología es la segunda más frecuente en la que el personal de salud la identificó.

Infección Vaginal:

En relación a las infecciones vaginales según los datos obtenidos se encontró que un 20% de las gestantes presentaron esta patología, las cuales fueron identificadas por el personal de salud y se les brindó seguimiento mediante el tratamiento en el que la mayoría usaba Clotrimazol en óvulos y rara vez Tinidazol.

La anemia es la disminución de la cantidad de la hemoglobina (HB) o el número de glóbulos rojos en sangre “es la necesidad de abastecer el nuevo territorio hemático originado por la placenta, provoca durante la gravidez una elevación progresiva del volumen sanguíneo a expensas del plasma”

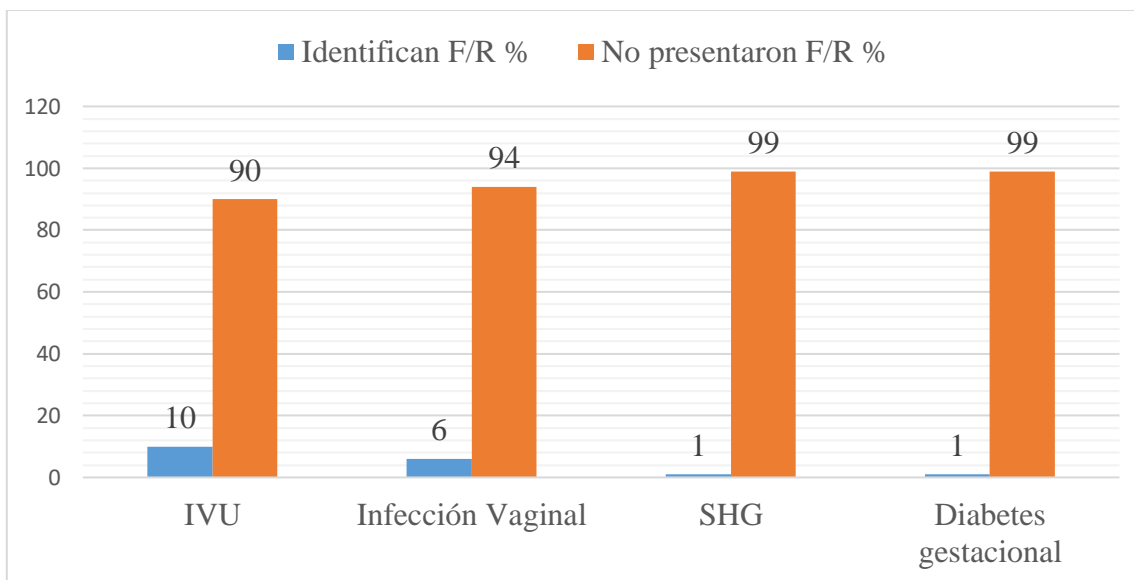
Se debe tomar en cuenta que a una paciente embarazada con resultados de anemia, no se le brinda la dosis establecida según la norma de intervenciones basadas en evidencia ya que le puede provocar cansancio, fatiga, palidez y taquicardia; debido que al haber menos glóbulos rojos no se puede transportar oxígeno por la sangre por lo tanto, el corazón debe trabajar más aumentando la frecuencia cardíaca. Sin embargo, se obtuvo que un 7% del personal de salud no están interpretando exámenes de laboratorios, lo cual les facilita brindar un diagnóstico veraz y así brindar un tratamiento oportuno.

La Hiperémesis Gravídica es un estado grave de náuseas y vómito que persiste hasta el tercer trimestre, por lo general no responden al tratamiento, es probable que resulte de una combinación de cambios hormonales y factores psicológicos como ansiedad, la angustia, el aumento de la hormona gonadotropina (hCG).

Es por esto que es muy importante indagar sobre los signos y síntomas que presenta la paciente para así brindar tratamiento, de igual manera la realización y la interpretación de exámenes para identificar precozmente los factores de riesgos y darles un seguimiento adecuado.

Figura # 11

Patologías Identificadas en el Segundo y Tercer Trimestre



Fuente: Revisión Documental

Con relación a los gráficos se obtuvieron datos entre un 90 y 99% en el que no presentaron factores de riesgo durante su embarazo, sin embargo encontramos datos en el que identificaron factores de riesgo como son la patología de Infecciones de las Vías Urinarias obteniendo un dato de 17 (10%) por consiguiente la infección vaginal con un 10(6%).

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normo tensa.

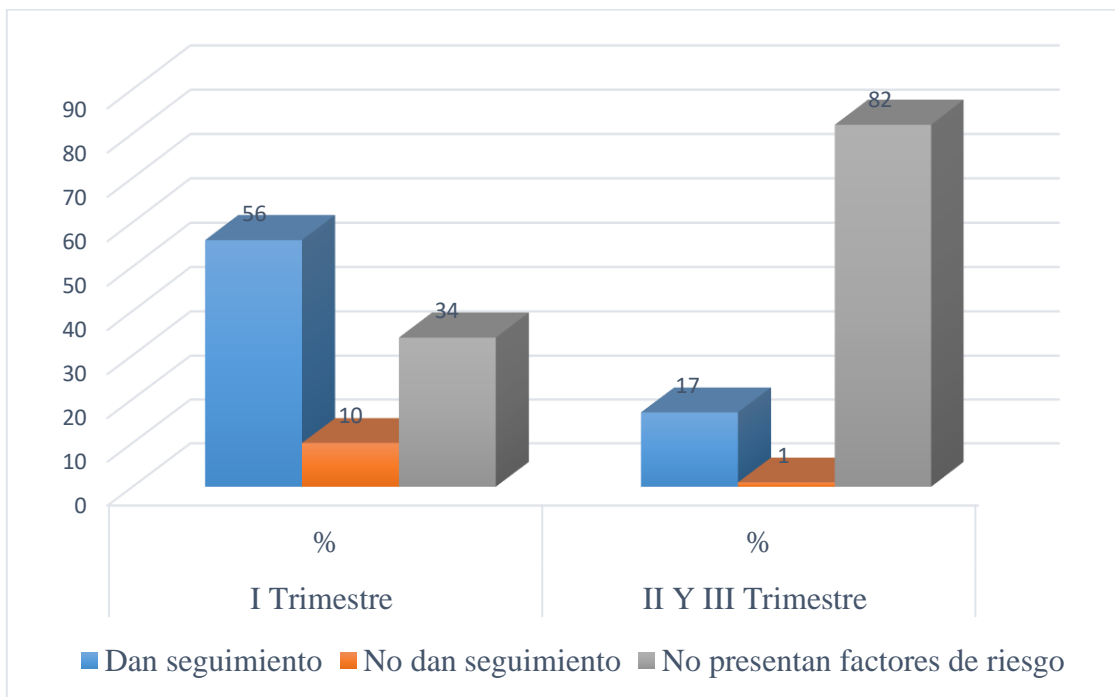
Es de gran importancia que el personal de salud a la captación de la gestante realice una anamnesis completa ya que es donde se identifican los primeros factores de riesgo de tal manera que se le brindara un seguimiento estricto a la gestante.

La Diabetes gestacional es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

Es muy importante realizar en cada atención prenatal examen físico ya que uno de los signos de alarma de esta patología son los edemas, los cuales se manifiestan en los miembros inferiores debido a la retención de líquidos.

Grafico # 12

Seguimiento de factores de riesgo encontrados por el personal de salud



Fuente: Revisión Documental

En relación a la gráfica se encontraron datos en los cuales en el I trimestre hay un 56% y en el II Y III trimestre con un 17% en los que se le brindo seguimiento, lo cual está reflejado en la nota de evolución y por otra parte se encontró que hay un 10% en el I trimestre en el que no se le brindo seguimiento y un 34 y 82% no presentaron factores de riesgo durante el embarazo. Según la información obtenida el personal de salud brindó seguimiento a las patologías más frecuentes dando un diagnóstico y un tratamiento oportuno de acuerdo a cada una de ellas.

Conclusiones

Al analizar las variables que intervienen en el llenado de la Historia Clínica Perinatal se ha llegado a las siguientes conclusiones.

1. El personal de salud que llena la Historia Clínica Perinatal según sus características sociodemográficas sobresalen el nivel de profesionalización en donde su mayoría es personal médico general que esta llenado la historia clínica perinatal, con mayor prevalencia entre las edades de 25 a 35 años.
2. De las actividades básicas del llenado de los segmentos que componen la Historia Clínica Perinatal se encontró lo siguiente: en el llenado de los datos patronímicos lo hacen correctamente, acepto en nombre y apellido y procedencia, en el llenado de los antecedentes familiares, personales y obstétricos, se está llenando incorrectamente, en el llenado de la gestación actual el personal de salud lo están realizando, un llenado incorrecto de las vacunas y en los exámenes de laboratorios, en el llenado de los datos de la atención prenatal se está realizando un llenado correcto. Sin embargo están realizando un llenado incorrecto como son en los exámenes y tratamientos en signos de alarma.
3. Según las patologías que se presentan en el primer trimestre se obtuvieron datos en el que la patología más frecuente es la Infección vaginal seguidamente la Infección de las Vías Urinarias, por otro lado la anemia y por ultimo Hiperémesis Gravídica con un bajo incremento. en el segundo y tercer trimestre la mayoría no presentaron factores de riesgo durante su embarazo.
4. Según el seguimiento que brindó el personal de salud por cada trimestre del embarazo se encontró que en el I trimestre y en el II Y III trimestre se le brindo seguimiento lo cual está reflejado en la nota de evolución.

Recomendaciones

A la dirección del Centro de Salud Francisco Morazán, se recomienda realizar auditorías y monitoreo rutinarios de los expedientes clínicos para que el llenado de estas sea realizado correctamente.

Actualizar al personal sobre el llenado de la Historia Clínica Perinatal y el seguimiento de factores de riesgos según norma y así brindar talleres al personal de salud.

Por otra parte, se recomienda realizar normas y protocolos de atención a embarazadas de bajo riesgo, identificando las actividades básicas y específicas que se deben realizar en cada control prenatal, con el fin de estimular el cumplimiento del mismo.

Al personal de admisión, ser accesibles con los estudiantes permitiendo así recolectar información de tal manera que se pueda mejorar la problemática.

De igual manera se recomienda al personal que brinda atención de controles prenatales detallar todas las actividades realizadas en el expediente clínico, agregar firma y nombre de la persona que realice el control prenatal.

Bibliografía

- Botero, J., Jubiz, A., & Henau, G. (2000). *Obstetricia y Ginecología* (Sexta Edicion ed.). (J. Botero, & A. Dr. Júbiz, Edits.) Universidad de Antioquia.
- Canales, F., Alvarado, E., & Pineda, E. (1994). *Metodologia de la investigacion, Manual para el desarrollo del personal de salud*. (2 ed.). (O. p. salud, Ed.) Washington.
- Espinoza, K., Flores, E., & García, M. (2016). *Ambiente laboral en enfermería, enfermedades mas comunes relacionadas con el estrés laboral*. Hospital primario Francisco Matamoros,. San Francisco libre: UNAN-Managua.
- Gaitan, A. (2016). *Cumplimiento en el registro de la Historia Clinica perinatal de la gestante de la empresa medica previsional en la consulta externa del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes I semestre*. UNAN-Managua, Managua, Nicaragua.
- Hernández , R., Romero, M. J., & Rosales, C. (2015). *Cumplimiento del llenado de la hoja de la Historia Clinica Perinatal (HCP) de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el I semestre 2012 y 2013*. UNAN- Managua, Facultad de ciencias Medicas, Managua, Nicaragua.
- Hernández Sampiere, R., Fernandez Collado, C., & Pilar Baptista, L. (2003). *Metodologia de la investigación* (Tercera ed.). México: Distrito Federal.
- Hernandez, R., & Romero, M. (Septiembre de 2015). *Cumplimiento del LLenado de la HCP, hospital Bertha Calderon*.
- MINSA. (Septiembre de 2008). *"Normas y protocolo para la atencion prenatal, parto, Recien Nacido/a y puerperio de bajo riesgo Normativa 007*.
- MINSA. (Enero de 2013). *Manual para el llenado de la historia clinica perinatal (HCP) Normativa 106*. Obtenido de File:///C:/Users/INTER%2012/Downloads/N+-+106.pdf

- MINSA. (Abril de 2013). *Protocolo de Atención de las Complicaciones Obstétricas Normativa 109*. Obtenido de File:///C:/Users/INTER%2012Downloads/N-109+PROTCOMPOBST.FINAL.pdf
- Morelli, M. L. (2007). *Análisis de registro, calidad de los datos y propuestas de mejoramiento de la Historia Clínica Perinatal en la maternidad del Hospital Ramón Carrillo*. Universidad Nacional de Córdoba Facultad de ciencias médicas , Santiago del Estero, Argentina.
- Pineda, E., & Alvarado, E. L. (2008). *Metodología de la investigación* (Tercera ed.). Washington: Organización panamericana de la salud.
- Piura López, J. (2008). *Metodología de la Investigación Científica Enfoque Integrador* (Sexta ed.). Managua, Nicaragua.
- Porras, G. (2010). *Ley de Regulación del ejercicio de enfermería*. Obtenido de [http://legislacion.asamblea.gob.ni/SILEG/Iniciativas.nsf/\(\\$All\)/52F8944D796E5B01062577E6005B4FB5?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/SILEG/Iniciativas.nsf/($All)/52F8944D796E5B01062577E6005B4FB5?OpenDocument)
- Schwarcz, R. L., Duverges, C. A., & Fescina, R. H. (1995). *Obstetricia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Schwarcz, R., Fescina, R., & Duvergues, C. (2009). *Obstetricia* (6ta ed.). Buenos Aires: El ateneo.
- Schwarcz, R., Fescina, R., & Gonzalo, D. (1983). *Historia Clinica Perinatal Simplificada*.
- Valinda, S. C., & Cruz Picon, A. (2000). *Investigar es Fácil II, Manual de investigacion*. Editorial Universitaria (UNAN-MANAGUA).
- Valinda, S. C., & Cruz picon, A. (2004). *Investigar es Fácil, Manual de investigación*. Managua: Editorial Universitaria (UNAN-MANAGUA).
- Valles Fernández, N. (S/Año). *Problemas de Salud en el Embarazo*. Barcelona España: Oceano, Ergon.

Zerón , C., & Sánchez, J. (2015). *Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital primario Ambrioso Mogorron de San José de Bocay en el periodo del mes de Enero a Junio 2015*. UNAN- Managua, Managua, Nicaragua.

ANEXOS

Tabla N° 1

Edad del personal de salud que llena actualmente los segmentos de la Historia Clínica Perinatal.

EDAD	NO	%
Menor de 25	0	0
25 a 35 años	5	83
35 a más	1	17
Total	6	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°2

Nivel de profesionalización y antigüedad del personal que labora en el Centro de Salud, Francisco Morazán.

Antigüedad	Licenciada en Enfermería		Doctores		Total	
	NO	%	NO	%	NO	%
Menor de un 1 año	0	0	1	17	1	17
1 a 2 año	2	33	2	33	4	66
3 a 5 años	0	0	0	0	0	0
Mayor 5 años	0	0	1	17	1	17
Total	2	33	4	67	6	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°3

Llenado de los datos patronímicos de la Historia clínica perinatal.

Datos patronímicos	Correcto		Incorrecto		Dato vacío		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre y apellido	39	23	129	77	0	0	168	100
Procedencia	101	60	67	40	0	0	168	100
Fecha de Nacimiento	162	97	6	3	0	0	168	100
Edad	166	99	2	1	0	0	168	100
Escolaridad	163	97	5	3	0	0	168	100
Estado civil	160	95	8	5	0	0	168	100

Fuente: Revisión Documental

Tabla N°4

Llenado de los antecedentes familiares, personales y obstétricos.

Antecedentes familiares Personales y obstétricos.	Correcto		Incorrecto		Dato vacío		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Personales	103	62	65	38	0	0	168	100
Familiares	106	63	62	37	0	0	168	100
Obstétricos	164	98	4	2	0	0	168	100

Fuente: Revisión Documental

Tabla N^o5

Llenado de los datos de la gestación actual

Gestación actual	Correcto		Incorrecto		Dato vacío		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Índice de masa corporal (IMC)	152	91	16	9	0	0	168	100
Talla	163	97	5	3	0	0	168	100
FUM/FPP/EG	159	95	9	5	0	0	168	100
Preparación para el parto	146	87	22	13	0	0	168	100
Preparación para la lactancia materna	142	85	26	15	0	0	168	100

Fuente: Revisión Documental

Tabla N 6

Gestación Actual	Correcto		Incorrecto		Dato vacío		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Peso anterior	139	83	29	17	0	0	168	100
Exámenes de laboratorios	102	61	66	39	0	0	168	100
Vacunas	39	23	129	77	0	0	168	100

Fuente: Revisión Documental

Tabla N°7

Gestación Actual	Correcto		Incorrecto		Dato Vacío		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Examen Odontológica	160	95	8	5	0	0	168	100
Examen de Mama	157	93	11	7	0	0	168	100
Examen Ginecológico	143	85	25	15	0	0	168	100

Fuente: Revisión Documental

Tabla N°8

Llenado de los datos de la atención prenatal

Datos de la Atención Prenatal	Correcto		Incorrecto		Dato Vacío		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fecha	166	99	2	1	0	0	168	100
Edad Gestacional	168	100	0	0	0	0	168	100
Peso en Kg	168	100	0	0	0	0	168	100
Presión Arterial	168	100	0	0	0	0	168	100
Altura Uterina	167	99	1	1	0	0	168	100
Frecuencia Cardiaca Fetal	165	98	3	2	0	0	168	100
Movimientos Fetales	160	95	8	5	0	0	168	100

Fuente: Revisión Documental

Tabla N°9

Datos de la atención prenatal	Correcto		Incorrecto		Dato vacío		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Proteinurias	127	76	5	3	36	21	168	100
Signos de alarma	3	2	87	52	78	46	168	100
Exámenes y tratamientos	14	8	125	75	29	17	168	100

Fuente: Revisión Documental

Tabla N°10

Patologías frecuentes en el primer trimestre

Patologías frecuentes en el primer trimestre	Identificaron F/R		No identificaron F/R		No presentaron F/R		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Anemia	25	15	12	7	131	78	168	100
Hiperémesis gravídica	6	3	1	1	161	96	168	100
Infección Vaginal	33	20	1	1	134	79	168	100
Infección de las vías urinarias	30	18	2	1	136	81	168	100

Fuente: Revisión Documental

Tabla N°11

Patologías identificadas en el segundo y tercer trimestre.

Patologías frecuentes en el segundo y tercer trimestre	Identificaron F/R		Incorrecto		No presentaron F/R		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infección de las vías urinarias	17	10	0	0	151	90	168	100
Infección Vaginal	10	6	0	0	158	94	168	100
Síndrome hipertensivo gestacional	1	1	0	0	167	99	168	100
Diabetes gestacional	1	1	0	0	167	99	168	100

Fuente: Revisión Documental

Tabla N°12

Seguimiento según factores de riesgo encontrados por el personal de salud.

Seguimiento de los factores de riesgo por el personal de salud	Dan seguimiento		No dan seguimiento		No presentan factores de riesgo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
I Trimestre	94	56	16	10	58	34	168	100
II Y III Trimestre	29	17	2	1	137	82	168	100

Fuente: Revisión Documental

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua



Instituto Politécnico de la salud

Luis Felipe Moncada

Departamento de Enfermería

Encuesta al personal de Salud



Estimado personal de salud la presente encuesta tiene como objetivo analizar el cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal, estos resultados servirán para implementar estrategias, los datos serán manejados con confidencialidad no es necesario que ponga su nombre, gracias por su colaboración.

I. Datos Generales

Fecha: _____ Lugar: _____ Clave: _____

Nombre del encuestador: _____

Marque con una x según corresponda.

II. Características sociodemográficas

- a. Edad: menor de 25 ☐ 25- ☐ 35 a ma ☐
- b. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
- c. Procedencia: Urbano ☐ Rural ☐
- d. Nivel de profesionalización:
- Auxiliares ☐
 - Enfermeras(os) ☐
 - Licenciados(as) ☐
 - Doctores ☐
- e. Antigüedad:
- Menor 1 año ☐
 - 1 año a 2 años ☐
 - 3 años a 5 años ☐
 - Mayor de 5 años ☐

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua



Instituto politécnico de la salud

“Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería



Guía de revisión del expediente clínico u hoja de Historia Clínica Perinatal

El propósito de este instrumento es analizar el cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal, que se efectuará por estudiantes de V año de licenciatura en enfermería con mención en Materno Infantil, con el fin de comparar los resultados obtenidos.

Número de Expediente: _____

Clave: _____

Actividades	Correcto	incorrecto	Dato vacío	Observación
Datos patronímicos :				
Nombres y apellidos				
Procedencia				
Fecha de Nacimiento				
Edad				
Escolaridad				
Estado civil				
Antecedentes personales y familiares				
Gestación actual:				
Peso anterior				
Índice de masa corporal(IMC)				
Talla				
fecha de la última menstruación (FUM)- Fecha probable de parto (FPP) Edad gestacional confiable				

Examen odontológico				
Examen de mama				
Examen ginecológico				
Exámenes de laboratorio				
Vacunas				
Preparación para el parto y lactancia materna				
Datos de la atención prenatal: Fecha Edad gestacional Peso en kg Presión arterial Altura uterina Frecuencia cardíaca fetal Movimientos fetales Proteinuria Signos de alarma Exámenes y tratamientos				
Identifican factores de riesgos	Identifican factores de riesgo	No identifican factores de riesgo	No presentaron factores de riesgo	Observación
I trimestre: hemorragias Aborto, Amenaza de aborto,				
Embarazo ectópico				
Enfermedad trofoblástica				
Anemia				
Hiperémesis gravídica				
VIH				
Infección vaginal				

IVU				
II Y III Trimestre: hemorragias				
Placenta previa				
Desprendimiento de la placenta normalmente insertada				
Infecciones de las vías urinarias				
Infecciones vaginales				
Restricción del crecimiento intrauterino				
Síndrome hipertensivo gestacional				
Diabetes gestacional				
Insuficiencia cardíaca				
Anomalías de la duración del parto				
Anomalías de la presentación del feto				
El seguimiento a los factores de riesgos por el personal de salud	Dan seguimiento de los factores de riesgo	No dan seguimiento de los factores de riesgo	No presentaron factores de riesgo	Observación
Primer trimestre				
Segundo y Tercer trimestre				

Bosquejo

1. Características socio-demográficas.
 - A. Características sociales.
 - a. Sexo
 - b. Edad
 - B. Características laborales.

- a. Nivel de profesionalización
- b. Antigüedad laboral.
- 2. Llenado de Historia Clínica Perinatal (HCP)
 - A. Definición
 - 1. Objetivo de la Historia Clínica Perinatal.
 - 2. Significado de la Historia Clínica Perinatal.
 - B. Segmentos de la Historia Clínica Perinatal.
 - a. Datos patronímicos
 - b. Antecedentes
 - c. Gestación actual
 - d. Datos de la atención prenatal.
- 3. Factores de riesgo en la Historia Clínica Perinatal.
 - A. Definición
 - B. Factores de riesgos potenciales
 - 1. Factores de riesgos potenciales.
 - C. Factores de riesgos reales
 - 1. Preconcepcionales.
 - 2. Del embarazo.
 - D. Factores de riesgos por trimestres.
 - 1. I trimestre
 - 1.1. Hemorragia
 - 1.1.1. Amenaza de aborto
 - 1.1.2. Aborto
 - 1.1.3. Embarazo ectópico
 - 1.1.4. Enfermedad trofoblástica (Mola hidatiforme)
 - 1.2. Anemia
 - 1.3. Hiperémesis gravídica
 - 1.4. VIH
 - 1.5. Infecciones vaginales.
 - 1.5.1. Vulvo vaginitis
 - 1.5.2. Tricomoniasis vaginal
 - 1.5.3. Infección por haemophilus o gardnerella vaginalis
 - 1.5.4. Moniliasis o candidiasis vaginal

- 1.5.5. Infección por chlamydias trachomatis
 - 1.6. Sífilis
- 2. II, III trimestre
 - 2.1. Hemorragias
 - 2.1.1. Placenta previa
 - 2.1.2. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada
 - 2.1.3. Ruptura uterina
 - 2.2. Anomalías de las membranas feto ovulares
 - 2.2.1. Polihidramnios
 - 2.2.2. Oligoamnios
 - 2.2.3. Ruptura prematura de membranas
 - 2.2.4. Infección amniótica (infección ovular corioamnionitis)
 - 2.2.5. Infecciones de las vías urinarias
 - 2.3. Síndrome hipertensivo gestacional
 - 2.3.1. Preeclampsia moderada y grave
 - 2.3.2. Eclampsia
 - 2.4. Insuficiencia cardíaca
 - 2.5. Diabetes gestacional
 - 2.6. Anomalía de la duración del embarazo
 - 2.6.1. parto prematuro
 - 2.6.2. Parto prolongado.
 - 2.6.3. Retardo del crecimiento intra uterino.
- IV. Seguimiento de factores de riesgos encontrados por el personal de salud.
 - a. Primer trimestre.
 - b. Segundo y tercer trimestre

Cronograma de actividades

Actividades	Marzo				Abril				Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección de líneas de investigación	X															
Selección de tema		X														
Elaboración de objetivos			X													
Elaboración de bosquejo				X												
Elaboración de marco teórico				X		X			X	X						
Elaboración de diseño metodológico									X							
Revisión de diseño, marco teórico y Operacionalización de variables											X					
Elaboración de instrumentos																
Revisión de instrumento												X				

						X								
Llevar carta del minsa al centro de salud						X								
Recolección de la información							X	X	X	X	X			
Tutoría										X				
Procesamiento de datos														
Análisis de datos										X				
Tutoría										X				
Redacción de resumen, las conclusiones y recomendaciones										X				
Tutoría										X				
Revisión de trabajo completo en digital										X				
Entrega de primer borrador											X			

[illegible]

Presupuesto

N	Actividades Realizadas	Cantidades	Costo Unitario Córdobas	Total Córdobas	Total Dólares
1	Transporte al lugar de estudio	10 Viajes	C\$ 10	C\$300	\$9.259
2	Refrigerio al Personal de Salud	2 Refrigerios	C\$ 50	C\$100	\$3.086
3	Alimentación de los investigadores	30 Servicios de comida	C\$60	C\$1,800	\$55.555
4	Impresiones	7 Borradores	C\$ 280	C\$1,960	\$60.493
5	Uso de Internet	320 Horas	C\$ 12	C\$3,840	\$118.518
6	Empastado	1 Empastado	C\$300	C\$300	\$9.259
	Folder	10 Folder	C\$ 4	C\$ 40	\$1.234
7	Ropa y Calzado para defensa de Protocolo y Seminario.	6 Trajes	C\$ 1000	C\$6,000	\$185.185
		6 Pares de Sandalias	C\$700	C\$4,200	\$129.629
Total		C\$18,540			\$572.218